RLISS du Centre-Est

Plan d'intégration des services de santé 2010-2013

Des collectivités mobilisées. Des collectivités en santé.

Novembre 2009

Ontario

Réseau local d'intégration des services de santé

Table des matières

1: Introduction 1
- Depuis le dernier PISS, quels éléments sont nouveaux? lesquels sont demeurés inchangés?
- Nos cibles stratégiques
- Comment lire le PISS

2: Plan stratégique et priorités provinciales 6
- Vision du ministère de la Santé et des Soins de longue durée
- Orientations stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée
- Priorités stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

3: Visions et orientations du RLISS du Centre-Est pour le système de santé local 10
- Vision du RLISS du Centre-Est : *Des collectivités mobilisées. Des collectivités en santé.*
- Orientations et résultats stratégiques du RLISS du Centre-Est : Soutenir un système de soins très performant
- Mise au point de la carte stratégique du PISS 2010-2013

4: Vue d'ensemble du système de santé local actuel du Centre-Est 14
- Carte du RLISS CE
- Quelques faits sur le RLISS

5: Le cadre de planification et d'exécution des stratégies du RLISS du Centre-Est 17
- Un seul réseau de soins actifs dans le RLISS du Centre-Est : le plan des services cliniques
- Le cadre de mobilisation communautaire et de planification locale de la santé
- Améliorer les soins aux patients grâce à la cybersanté
- Un cadre pour l'amélioration de la qualité du système : la cible triple

6: Cibles stratégiques du RLISS du Centre-Est pour le système de santé local 23
- Cible stratégique n° 1 : Réduire de 1 000 000 le nombre d'heures passées par les patients dans les services des urgences du RLISS du Centre-Est d'ici 2013.
- Cible stratégique n° 2 : Réduire de 10 % l'impact des maladies vasculaires dans le RLISS du Centre-Est d'ici 2013.

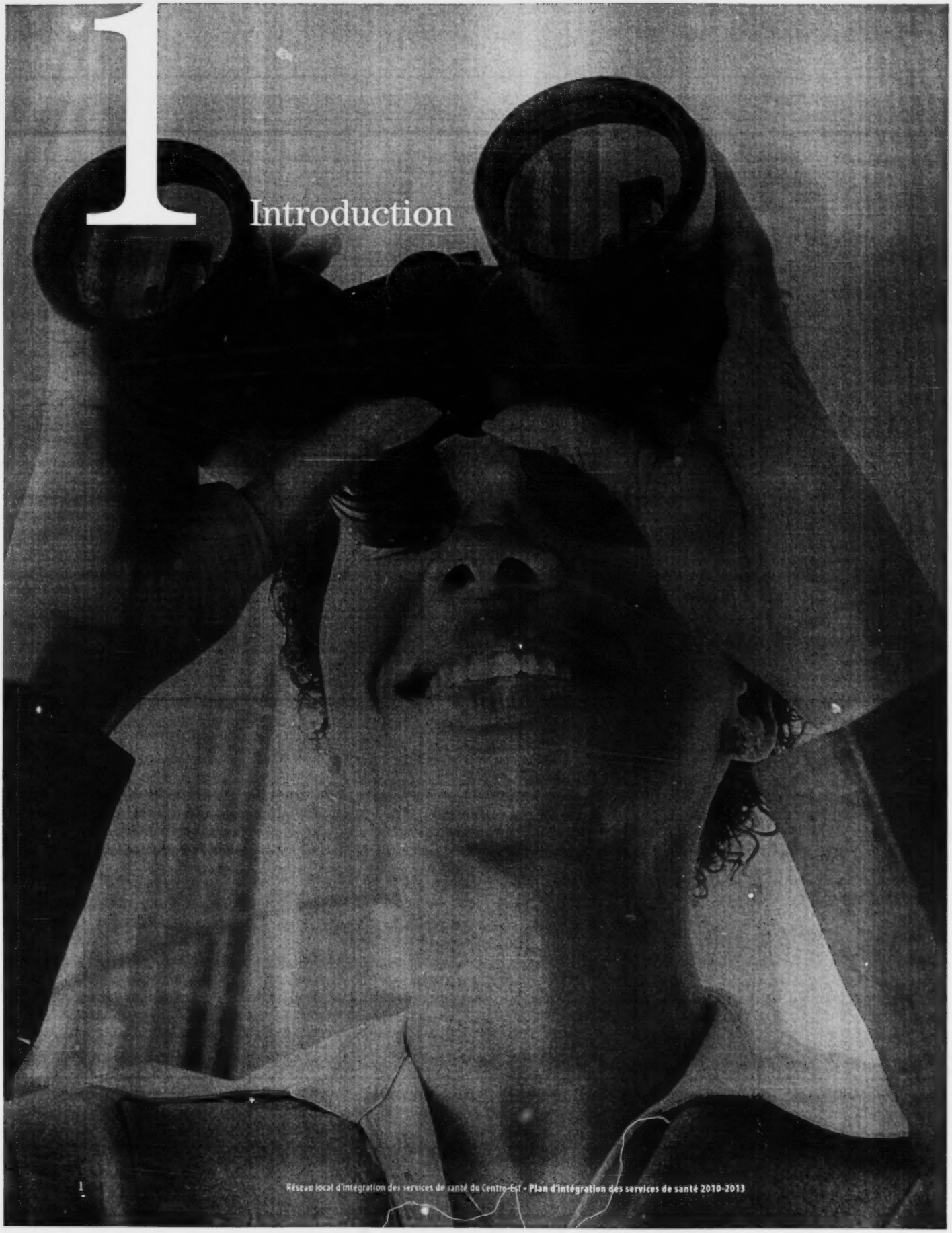
7: Justification des cibles stratégiques du PISS 28
- Confirmation des cibles stratégiques du PISS au moyen de la mobilisation communautaire
- Justification de la cible stratégique n° 1
- Justification de la cible stratégique n° 2

8: Comment les cibles stratégiques du PISS seront-elles atteintes et mesurées? 40
- Ressources mises en œuvre pour atteindre les cibles stratégiques
- Stratégie d'exécution
- Comment allons-nous atteindre la cible stratégique n° 1 et mesurer notre succès?
    - Programme de financement axé sur les résultats des services des urgences
    - Réduire la demande dans les services des urgences
    - Améliorer la capacité et la performance des services des urgences
    - Améliorer l'utilisation des lits d'hôpitaux

- Comment allons-nous mesurer le succès de la cible de réduction des heures dans les services des urgences?
- Comment allons-nous atteindre la cible stratégique n° 2 et mesurer notre succès?
  - Agir le long du continuum de soins dans la collectivité et dans les hôpitaux
  - Améliorer le bilan de santé des patients
  - Développer la confiance et les compétences des consommateurs et des soignants
  - Stratégie du RLISS du Centre-Est pour réduire l'impact des maladies vasculaires
    - Prévention et soins primaires
    - Soins actifs
    - Prévention secondaire de la progression de la maladie et des incidents négatifs
    - Politiques et conception du système
  - Comment allons-nous mesurer le succès de la cible de réduction des maladies vasculaires?

9: Conclusion 54

1 Introduction



Introduction

Voici le Plan d'intégration des services de santé 2010-2013 du Réseau local d'intégration des services de santé (RISS) du Centre-Est. Il s'agit d'une feuille de route locale vers une meilleure santé, de meilleurs soins et un meilleur rapport coût-performance pour les résidents et les fournisseurs de services de santé de la région du Centre-Est! Les stratégies, les projets et les améliorations présentés dans le Plan d'intégration des services de santé (PISS) trouvent leurs racines dans la vision commune et les priorités partagées du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et du RLISS du Centre-Est, ainsi que dans des pratiques d'avant-garde fondées sur des faits dans le domaine de la planification et de la prestation des services de santé.

Surtout, le PISS contient l'information fournie par les personnes directement concernées dans les services donnés et reçus chaque jour dans le RLISS du Centre-Est. Les patients, les clients, les soignants, les organisations de santé alliées, les administrateurs, les infirmières, les médecins et les dirigeants communautaires ont tous joué un rôle important dans l'élaboration du PISS, et nous espérons qu'ils joueront un rôle encore plus important dans l'atteinte de ses objectifs!

Le PISS est le plan stratégique de trois ans du système de santé du Centre-Est. Comme les 14 RLISS de la province, le RLISS du Centre-Est a élaboré un PISS afin de guider les activités et la responsabilisation des fournisseurs de services de santé locaux, tel que le stipule la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. Plus précisément, il présente un survol du système de santé actuel, identifie les secteurs à améliorer plus spécialement et établit des normes pour l'atteinte des objectifs. Tout le plan met l'accent sur la vision du RLISS du Centre-Est : *Des collectivités mobilisées. Des collectivités en santé.*

Depuis le dernier PISS, quels éléments sont nouveaux? Lesquels sont demeurés inchangés?
Il s'agit du second PISS préparé par le RLISS du Centre-Est. Bien que les changements puissent se produire rapidement dans notre système de santé, il convient de noter que le nouveau PISS s'appuie sur les progrès réalisés par le premier PISS du RLISS du Centre-Est, qui couvrait la période 2007-2010. Les fournisseurs de services et les résidents constateront premièrement que le PISS 2010-2013 renouvelle notre engagement envers la vision et les valeurs du RLISS du Centre-Est, ainsi que l'importance que nous accordons à toujours offrir des services axés sur le client qui visent l'excellence des résultats, l'égalité d'accès et l'amélioration de l'expérience du client. S'inscrivant dans la suite logique du premier PISS, ce plan met aussi l'accent sur l'amélioration des soins primaires et des soins hospitaliers et communautaires, ainsi que sur les services aux aînés et aux personnes avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, et enfin sur la prévention et la gestion efficace des maladies chroniques.

Le renouvellement de notre engagement et le souci de continuité mis à part, ce second PISS s'écarte en plusieurs points du précédent. Ces écarts sont attribuables aux choses importantes que nous avons apprises au cours des trois dernières années, alors que nous avons eu l'occasion de mieux connaître notre clientèle, nos collectivités et nos fournisseurs de services de santé. Nos succès et nos lacunes nous ont permis de mieux comprendre comment intégrer les changements et obtenir des résultats.

Le PISS 2010-2013 est plus ciblé dans son orientation et sa démarche. Le nouveau plan décrit des activités qui devraient nous permettre d'atteindre des cibles précises. Bien que les volets de conception et de planification du système n'aient aucunement perdu leur importance, ce

PISS met plus l'accent sur les résultats que sur la planification. Ce changement de cap a été rendu possible grâce aux importants gains réalisés sur le plan de la planification des services de santé dans le RLISS du Centre-Est, plus de 15 importants rapports de planification ayant été produits depuis 2008.

D'autres changements plus subtils ont aussi été insérés dans ce nouveau PISS. Alors que le premier PISS désignait les aînés, la santé mentale et les dépendances, ainsi que la prévention et la gestion des maladies chroniques comme des « priorités de changement », nous reconnaissons maintenant ces groupes de clients comme des « populations prioritaires » à l'intention desquelles nous adaptons des activités et des investissements qui produiront des résultats communs pour la population et le système de santé du RLISS du Centre-Est. En plus des aînés, des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendances et des malades chroniques, le RLISS du Centre-Est reconnaît aussi comme populations prioritaires la communauté francophone et nos partenaires autochtones.

Nos cibles stratégiques

Nous sommes très conscients que le public ainsi que nos partenaires veulent mieux connaître les valeurs que le RLISS du Centre-Est et son mandat d'intégration apportent au système de santé, ainsi que les cibles à atteindre, à quel moment il faut les atteindre et selon quels barèmes d'évaluation. La nouveauté la plus importante dans ce PISS est l'identification de deux cibles stratégiques à l'échelle du système du RLISS du Centre-Est qui sont conformes aux priorités provinciales et locales :

- **Réduire de 1 000 000 le nombre d'heures passées par les patients dans les services des urgences du RLISS du Centre-Est d'ici 2013.**

- **Réduire de 10 % l'impact des maladies vasculaires dans le RLISS du Centre-Est d'ici 2013.**

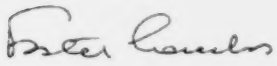
Ce PISS a principalement pour objet de décrire dans le détail ces deux cibles et les mesures qui seront prises pour les atteindre.

Bien que ces cibles concernent plus particulièrement les services des urgences et un groupe de malades chroniques précis, elles recoupent une vaste gamme de questions et de services dans le domaine de la santé. Même si les symptômes du problème se manifestent dans un service précis (par exemple dans les urgences), l'adoption d'une solution durable requiert la coordination et la mobilisation de plusieurs secteurs différents du système de santé. La solution peut aussi intégrer des secteurs étrangers au système de santé, par exemple la santé publique, l'éducation, le logement et l'environnement.

Malgré l'ampleur de ces cibles stratégiques, nous sommes conscients que certains partenaires pourraient estimer que le PISS n'aborde pas les priorités qui les concernent plus particulièrement. Nous continuerons à accueillir avec ouverture dans le cadre de nos activités les nombreux dossiers locaux qui nous sont soumis, et le RLISS du Centre-Est ou le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pourrait fixer de nouvelles priorités pendant la durée d'application du PISS. Toutefois, étant donné nos ressources limitées et l'obligation que nous avons d'obtenir des résultats tangibles, le système de santé doit limiter le nombre de cibles qu'il compte atteindre. Les ambitieuses cibles stratégiques que nous présentons dans ce PISS

sont innovatrices et fondées sur des faits et des pratiques exemplaires. Elles s'appliquent à l'ensemble du système de santé et sont pertinentes pour toutes nos populations prioritaires.

Encore une fois, ce plan est l'œuvre d'un effort collectif. Au nom des membres du conseil d'administration et de notre personnel, nous nous réjouissons à l'idée de travailler avec tous et chacun dans notre RLISS pour atteindre nos cibles.



Foster Loucks
Président, Conseil d'administration
RLISS du Centre-Est

Deborah Hammons
Chef de la direction
RLISS du Centre-Est

Comment lire le PISS

La deuxième section présente brièvement la vision, les orientations stratégiques et les priorités de la province et explique pourquoi le PISS est conforme à ces objectifs.

La troisième section poursuit la démonstration de cette concordance en présentant la vision du RLISS du Centre-Est à l'égard du système de santé local et de notre objectif d'être un système de santé très performant.

La quatrième section présente dans ses grandes lignes le système de santé actuel. Cette information vient s'ajouter à celle disséminée dans tout le rapport. Une évaluation complète du milieu est présentée en annexe au PISS et est affichée sur le site web du RLISS du Centre-Est.

Le cadre de planification et les autres documents employés pour préparer ce PISS, et notamment l'adaptation qu'a faite le RLISS du Centre-Est du document « Triple Aim » de l'Institute for Healthcare Improvement des États-Unis, sont présentés dans *la cinquième section*.

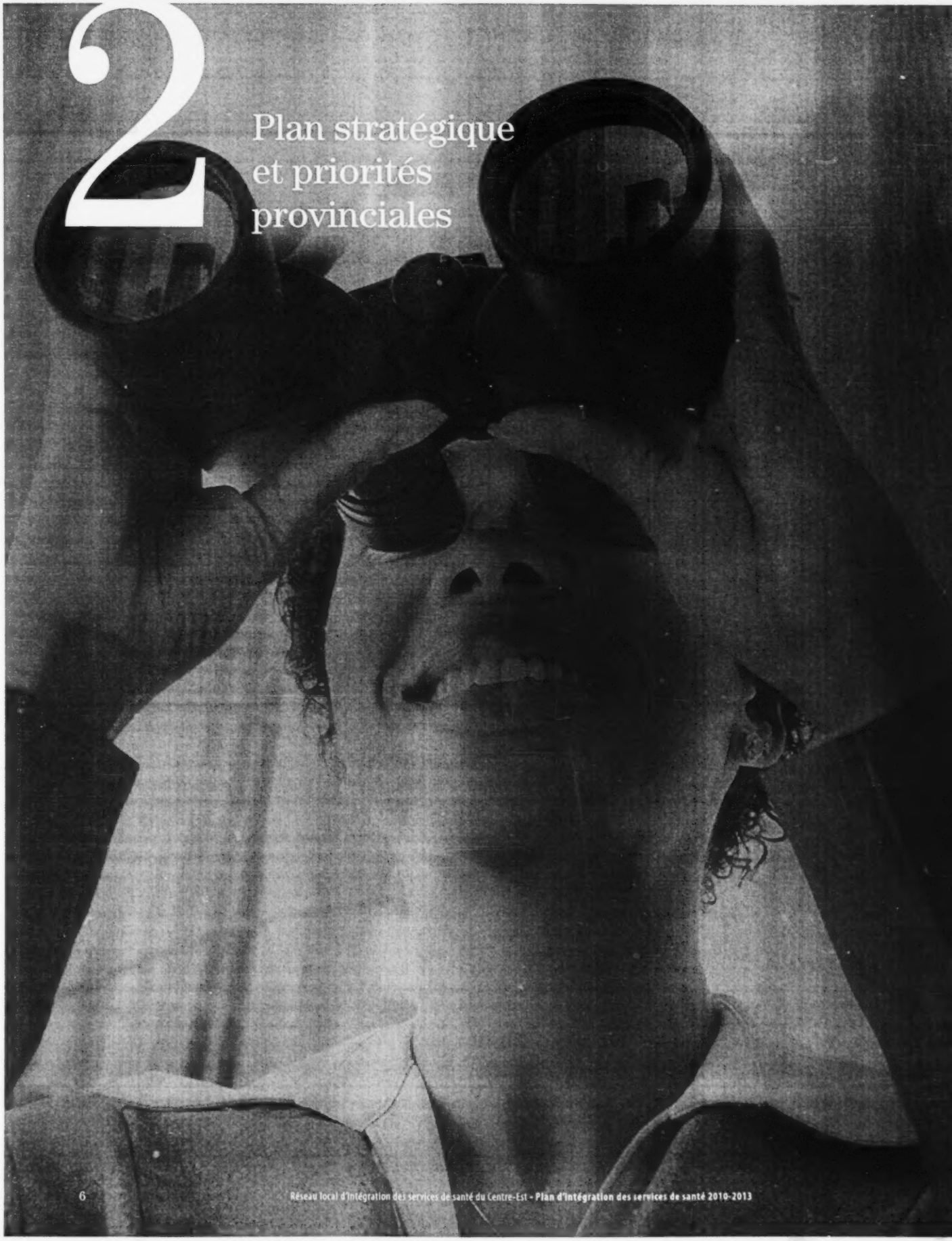
Compte tenu de l'application du cadre de la cible triple à la vision et aux orientations stratégiques de la province et du RLISS du Centre-Est, *la sixième section* présente les cibles stratégiques du PISS 2010-2013 portant sur les services des urgences et les maladies vasculaires.

La septième section explique, en se fondant sur les faits, pourquoi les cibles des services des urgences et des maladies vasculaires ont été choisies, tandis que *la huitième section* présente de façon détaillée les façons dont les cibles seront atteintes et le succès mesuré.

Rapports de planification sur lesquels s'est basé le RLISS du Centre-Est – disponibles en anglais seulement

- Alternate Level of Care Systems Issues and Recommendations: Report prepared by the Central East LHIN ALC Task Group
- Emergency Department Task Group Report
- Rehabilitation is a Journey: Report prepared by the Central East LHIN ALC Task Group
- Hospital Clinical Services Plan – Detailed Report
- Caregiver Support and Well-Being Priority Report
- Community Support Services Review Priority Project

- Supportive Housing Priority Project
- Rural Transportation in the Central East LHIN: Phase One Review
- Assisted Transportation in Scarborough: Preliminary Planning Project
- Peterborough Regional Health Centre Alternate Level of Care Review and Recommendations
- Final Report Early Youth Interventions Project Report March 31, 2009: Transitional Age Youth and Health Promotion
- Analyse de l'environnement
- Prévention et gestion des maladies chroniques (PGMC)
- Planning Framework for Seamless Care for Seniors in the Central East LHIN
- Every Door is the Right Door Towards a 10-Year Mental Health and Addictions Strategy A discussion paper



2 Plan stratégique et priorités provinciales

Plan stratégique et priorités provinciales

Le Plan d'intégration des services de santé 2010-2013 du RLISS du Centre-Est applique dans un contexte local les progrès réalisés sur le plan de la vision et des priorités stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Vision du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

> *Un système de santé qui aide les gens à demeurer en santé, fournit des soins adéquats lorsque les gens en ont besoin et qui sera encore là pour nos enfants et nos petits-enfants.*

Orientations stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée élabore actuellement un plan stratégique d'une portée de 10 ans pour le système de santé provincial. En 2007, en attendant la publication à venir de son plan provincial, le ministère a remis aux RLISS des directives concernant cinq orientations stratégiques initiales :

1. Renouvellement de la mobilisation et des partenariats communautaires dans le système de santé et en périphérie du système
2. Amélioration de l'état de santé de la population ontarienne
3. Accès équitable des Ontariens et Ontariennes aux soins et services dont ils ont besoin sans égard à l'endroit où ils vivent ni à leur situation sociale, culturelle ou économique
4. Amélioration de la qualité des résultats en matière de santé
5. Établissement d'un cadre devant assurer la durabilité du système de santé et qui produit les meilleurs résultats pour les consommateurs et la collectivité.

Ces orientations sont conformes aux neufs attributs d'un système de santé très performant fixés par le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS), attributs qui ont aussi été intégrés au cadre de performance du RLISS du Centre-Est[1].

Priorités stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

En soutien à ces orientations stratégiques provinciales, le ministère a demandé aux RLISS de porter une attention particulière à la réalisation de trois priorités provinciales. Ce PISS marque la poursuite des efforts et des améliorations apportés par le RLISS du Centre-Est et par les fournisseurs de services de santé locaux en vue de réaliser ces priorités.

1. Réduction des temps d'attente dans les services des urgences

Les Ontariens et les Ontariennes ont le droit de recevoir des soins sécuritaires, fiables, appropriés et de haute qualité quand ils se rendent dans un service des urgences. La réduction des temps d'attente dans les urgences étant susceptible d'améliorer sensiblement l'expérience du patient, c'est l'une des grandes priorités du gouvernement de l'Ontario dans le domaine de la santé.

1 Le COQSS est un organisme de services opérationnels qui relève du ministre de la Santé et des Soins de longue durée et qui a pour mandat de surveiller le rendement du système de santé, d'en faire rapport au public et de promouvoir l'amélioration continue de la qualité. Voir http://www.ohqc.ca/fr/index.php

Par ailleurs, les patients qui ont des besoins non urgents ou moins urgents comptent pour environ la moitié des visites dans les services des urgences. Les RLISS travaillent donc à la mise en place d'autres options de soins appropriées qui permettront aux membres du public d'accéder aux soins dont ils ont besoin dans la collectivité plutôt que dans les urgences des hôpitaux.

2. Réduction du temps passé dans un lit appartenant à la catégorie des autres niveaux de soins dans un hôpital.
Trop souvent les patients occupent un lit de soins actifs dans un hôpital alors que leur traitement actif est terminé. Ces patients attendent d'être renvoyés à la maison ou transférés à un « autre niveau de soins », tels les soins de longue durée, les services de réadaptation ou les soins à domicile – mais ces soins ne sont pas facilement disponibles. Près de 19 % des patients qui occupent actuellement un lit d'hôpital en Ontario sont en attente d'un autre niveau de soins (ANS)[2]. Le nombre élevé de patient en attente d'ANS indique non seulement une faible performance sur le plan de l'expérience des patients, de la qualité des soins et de l'accès aux soins, mais représente aussi une utilisation inefficace des ressources de la santé. Les délais de transfert des patients vers des services non hospitaliers créent aussi des situations difficiles dans les services des urgences, ce qui augmente les temps d'attente pour les patients admis à l'hôpital.

Les RLISS travaillent avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur plusieurs initiatives qui aideront les patients à obtenir les soins dont ils ont besoin – que ce soit dans un hôpital, dans un établissement de soins de longue durée ou de réadaptation, dans la collectivité ou à la maison.

3. Amélioration de l'accès aux soins intégrés liés à la lutte contre le diabète
La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète s'attaque à un problème de santé qui touche de plus en plus de personnes en Ontario. En 2008, environ 900 000 Ontariens et Ontariennes avaient le diabète (8,8 % de la population). Le nombre de personnes ayant le diabète dans la province a augmenté de 69 % au cours des 10 dernières années, et l'on prévoit que le nombre de diabétiques passera de 900 000 à 1,2 million d'ici la fin de 2010. Le traitement du diabète et des troubles concomitants (notamment les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies rénales) coûtent actuellement cinq milliards par année à la province[3].

La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète améliorera l'accès du public aux programmes de prévention et aux soins par équipe. L'un des composants de la Stratégie est un registre en ligne qui permettra aux patients d'accéder à de l'information et à des outils éducatifs qui leur permettront de mieux gérer leur diabète. Ce registre permettra aussi aux fournisseurs de services de santé de vérifier le dossier des patients, d'accéder à l'information relative aux diagnostics et d'envoyer des avertissements aux patients. Le registre permettra d'obtenir des diagnostics plus rapidement, des meilleurs traitements et une meilleure gestion des Ontariens et Ontariennes qui vivent avec le diabète.

En plus de ces trois priorités, les RLISS participent à d'autres stratégies provinciales visant à améliorer les soins en santé mentale et en dépendances et à mettre en place une infrastructure innovatrice dans le cadre du projet de cybersanté.

2 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Document d'information : Autre niveau de soins (ANS). 19 mai 2009. Extrait le 25 juin 2009 de : http://www.health.gov.on.ca/french/media/nr/news_releases/archives/nr_09/may/alc_bg_05_fr_01_20090514.pdf

3 Ministère de la Promotion de la santé. Prévention des maladies chroniques : Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète. Extrait le 25 juin 2009 de : http://www.mhp.gov.on.ca/french/chronic_disease/diabetes/default.asp

a. Amélioration des services en santé mentale et dépendance

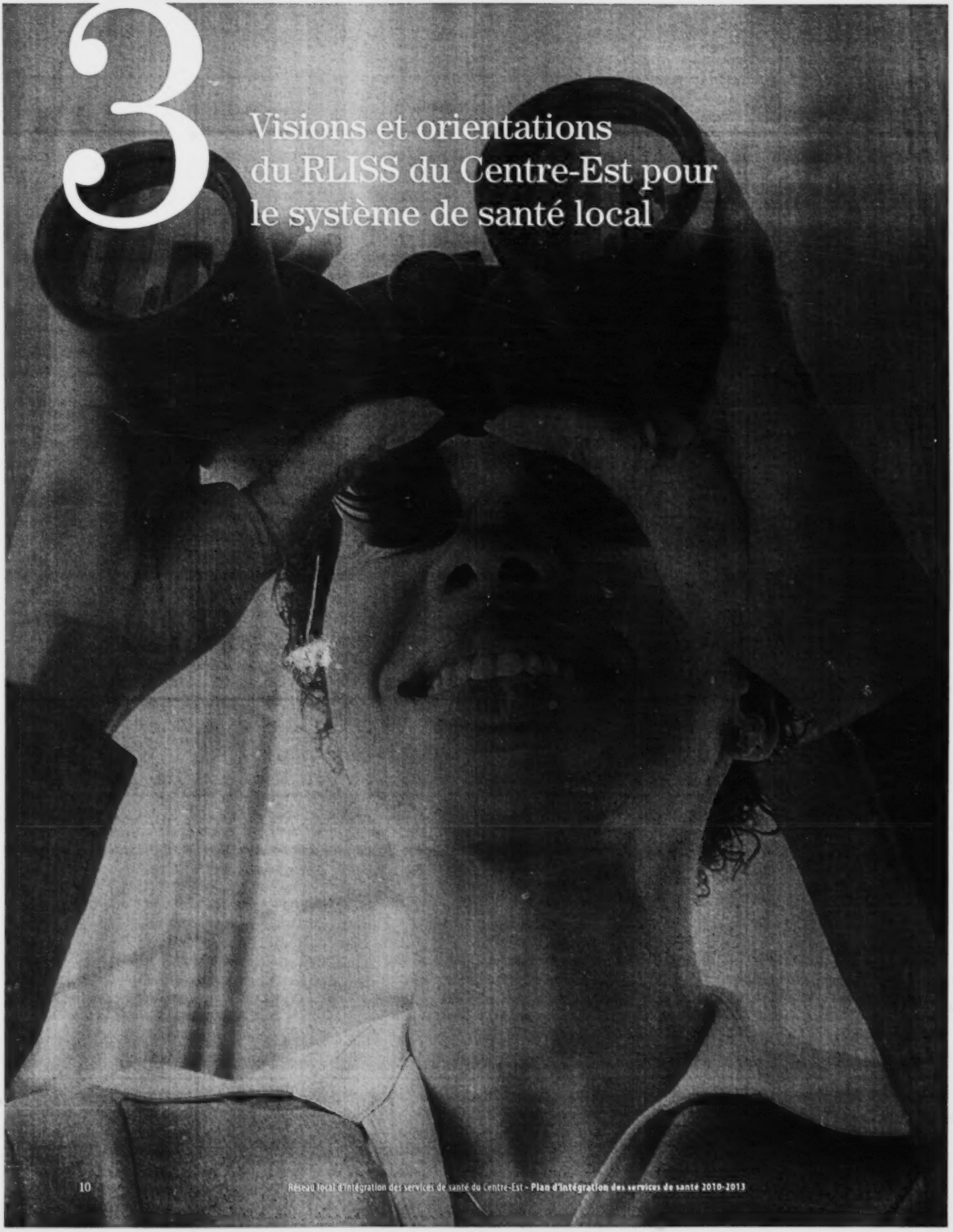
Environ une personne sur cinq en Ontario souffrira un jour d'un problème de santé mentale ou de dépendance, ce qui entraîne des coûts énormes pour les personnes concernées comme pour la société.

Le gouvernement de l'Ontario a annoncé qu'il compte améliorer les services en santé mentale et dépendances. Le Groupe consultatif ministériel de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances pose les bases d'une stratégie sur 10 ans sur cette importante question. Pour la première fois, la stratégie de la province vise au-delà du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour inclure les services actifs en santé mentale et en dépendances financés par d'autres ministères provinciaux.

Les RLISS devraient être appelés à jouer un rôle crucial dans la mise en place de la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la province, et à participer à la création d'un système qui procure à toute personne qui a besoin de soins un accès équitable à des services sécuritaires, respectueux et efficaces.

b. Prendre appui sur la cybersanté

La stratégie de cybersanté vient appuyer les autres stratégies de la province. En investissant dans l'infrastructure des technologies de l'information, y compris dans le registre sur le diabète et les dossiers de santé électroniques, nous pouvons améliorer l'accès des patients et leur donner de meilleurs soins. Les RLISS comptent mettre à profit les innovations qu'apportera la stratégie de cybersanté afin d'approfondir l'intégration de leur système et améliorer notre système de santé.



3 Visions et orientations du RLISS du Centre-Est pour le système de santé local

3

Visions et orientations du RLISS du Centre-Est pour le système de santé local

En appui à la vision et aux orientations stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a formulé son propre énoncé de vision, ses orientations stratégiques et ses résultats visés en vue de mettre en place un système de santé très performant.

Vision du RLISS du Centre-Est : *Des collectivités mobilisées. Des collectivités en santé*

Dans le cadre du Plan d'intégration des services de santé 2010-2013, le RLISS du Centre-Est a confirmé de nouveau l'énoncé de vision qu'il avait formulé à l'origine à l'automne 2006. Cette confirmation de notre vision témoigne de la persistance de la volonté des résidents et des fournisseurs de services de santé d'améliorer l'état de santé général de nos collectivités au moyen d'un système de prestation de soins de santé intégré axé sur le bien-être et sur l'accès équitable et rapide aux soins, qui produit des résultats de haute qualité. Pour obtenir ces résultats, nous devons former des partenariats et obtenir l'engagement des patients et de leurs familles, des différents fournisseurs de services du domaine de la santé et de nos autres partenaires fournisseurs d'autres soins qui ont un impact important sur la santé des personnes et des collectivités. Notre vision se définit comme suit :

Des collectivités mobilisées

La population est proactivement encouragée à

- *gérer sa propre santé et son bien-être*
- *indiquer des orientations et des solutions pour son système de soins de santé et son RLISS*
- *coordonner la prestation en temps opportun des services de soins de santé*

Des collectivités en santé

- *des milieux durables et positifs tenant compte des facteurs sociaux déterminants pour la santé et la compétence culturelle*
- *accès aux soins équitable et en temps opportun*
- *amélioration de l'état de santé de la population*

Orientations et résultats stratégiques du RLISS du Centre-Est : Soutenir un système de soins performant

Pour remplir son mandat et concrétiser sa vision, le RLISS du Centre-Est a aussi adopté quatre orientations stratégiques de haut niveau qui soutiennent la mise en place d'un système de soins très performant tel que défini par le Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Ces orientations et résultats stratégiques sont également intégrés dans le processus décisionnel du RLISS du Centre-Est[4].

Orientations stratégiques du RLISS du Centre-Est[5] :

- *Leadership en matière de renouvellement :* le conseil du RLISS du Centre-Est dirigera le renouvellement du système de santé dans une culture d'interdépendance.

4 Voir le cadre décisionnel du RLISS du Centre-Est (en anglais seulement).

5 Bien qu'elles représentent un fondement important du PISS, les orientations stratégiques ne sont pas pleinement articulées ni entièrement appliquées dans le PISS. Elles se trouvent dans plusieurs documents et procédures du RLISS, y compris le plan d'activité annuel du RLISS du Centre-Est, le rapport annuel du RLISS du Centre-Est et le cadre d'engagement en gouvernance des soins de santé.

- *Qualité et sécurité :* les soins de santé seront orientés vers les personnes dans des milieux sécuritaires offrant des soins de qualité.
- *Intégration des services et du système :* un système de santé intégré sera créé; il sera facilement accessible, durable et il obtiendra de bons résultats.
- *Responsabilité financière :* les investissements de ressources dans le RLISS du Centre-Est seront financièrement responsables et prudents.

Attributs d'un système de santé très performant

- *Accent sur la santé de la population :* le système de santé doit s'employer à prévenir la maladie et à améliorer la santé des Ontariens et des Ontariennes.
- *Équitable :* tous et toutes doivent obtenir des soins de même qualité sans égard à leur identité ni à leur lieu de résidence.
- *Intégré :* toutes les parties du système de santé doivent être organisées, interreliées et collaborer à fournir des soins de qualité.
- *Accessible :* les patients doivent obtenir les soins indiqués au moment propice, au bon endroit et de la part du fournisseur de soins qui convient.
- *Centré sur la personne :* les fournisseurs de soins doivent offrir leurs services en restant attentifs aux besoins de la personne et à ses préférences.
- *Efficace :* les patients doivent recevoir des soins qui sont efficaces et qui reposent sur les meilleures données scientifiques disponibles.
- *Sécuritaire :* les soins donnés aux patients en vue de les aider ne doivent pas leur nuire.
- *Efficient :* le système de santé doit chercher continuellement des façons de réduire le gaspillage, y compris le gaspillage des fournitures, de l'équipement, du temps et de l'information.
- *Appuyé par des ressources appropriées :* le système de santé doit avoir suffisamment de fournisseurs qualifiés, de fonds, d'information, d'équipement, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins de la population en matière de santé.

Mise au point de la carte stratégique du PISS 2010-2013

L'une des leçons qui se dégagent du premier PISS est l'importance de mettre au point une « carte stratégique » qui permet de visualiser les liens entre les énoncés de vision, les orientations stratégiques, les résultats souhaités, les priorités en matière de soins de santé et les moyens à mettre en œuvre. La carte stratégique du PISS 2007-2010 a évolué pendant la durée de ce premier PISS et elle s'est révélé un précieux guide pour communiquer la complexité et le caractère complet du PISS[6].

En gardant ce fait à l'esprit, **la figure 1** entreprend l'assemblage visuel des fondements de la carte stratégique du PISS 2010-2013. Dans cette carte stratégique, les orientations stratégiques composent la base du processus décisionnel du RLISS du Centre-Est, qui vise à court et moyen termes à mettre en place des éléments d'un système très performant et, à long terme, à concrétiser la vision *Des collectivités mobilisées. Des collectivités en santé*. À partir de là, nous enrichirons ce modèle, à mesure que nous mettrons en place notre cadre de planification et les cibles stratégiques de ce PISS.

6 En anglais seulement.

Figure 1 : 1re étape de la carte stratégique du PISS du RLISS du Centre-Est

Orientations stratégiques CA du RISS

- Leadership de renouvellement
- Qualité et sécurité
- Intégration des services et du système
- Responsabilité financière

Attributs d'un système de santé très performant

- Accent sur la santé de la population
- Équitable
- Intégré
- Accessible
- Centré sur la personne
- Efficace
- Sécuritaire
- Efficient
- Ressources appropriées

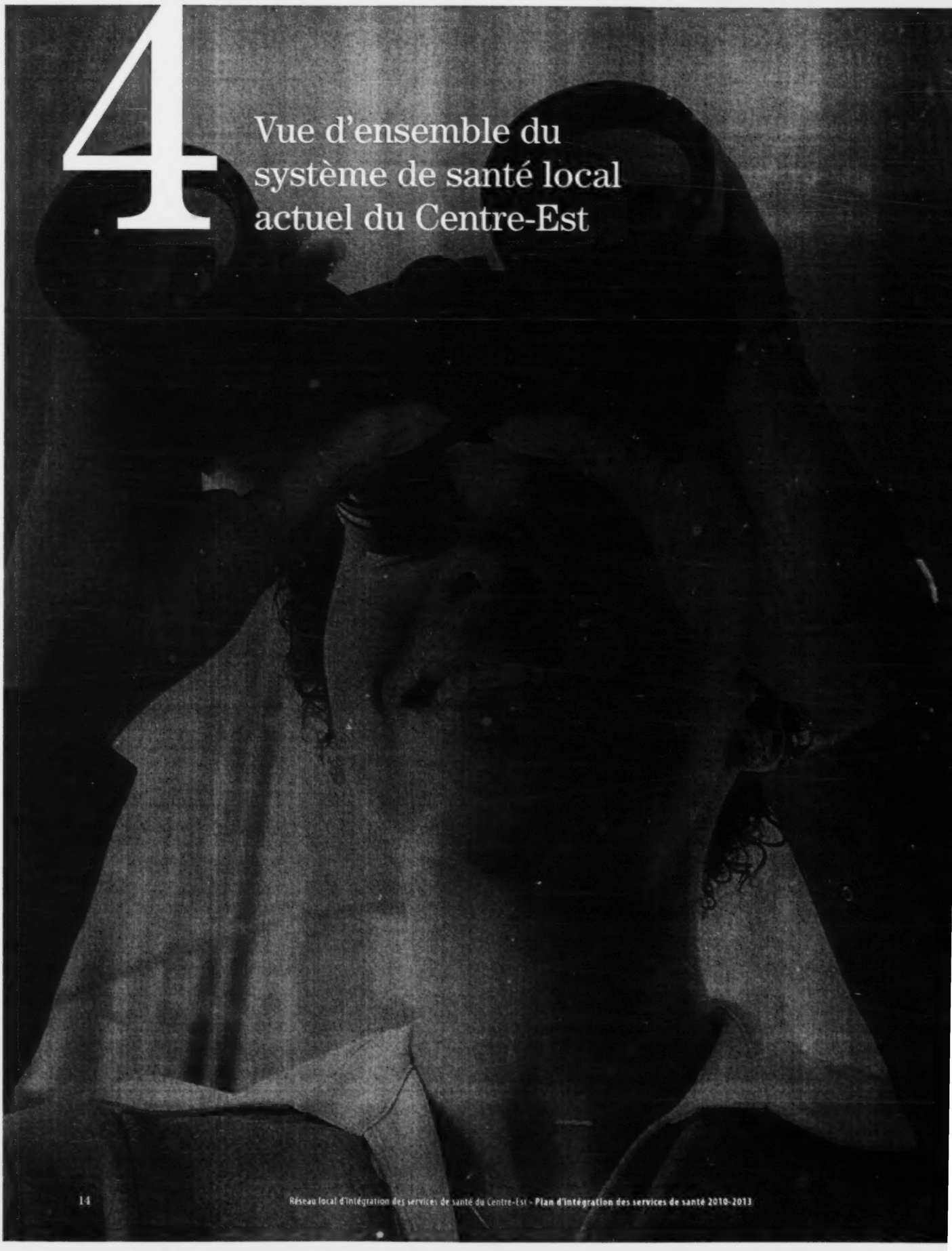
OEQC

Vision CA du RISS

Des collectivités mobilisées.

Des collectivités en santé.

4 Vue d'ensemble du système de santé local actuel du Centre-Est

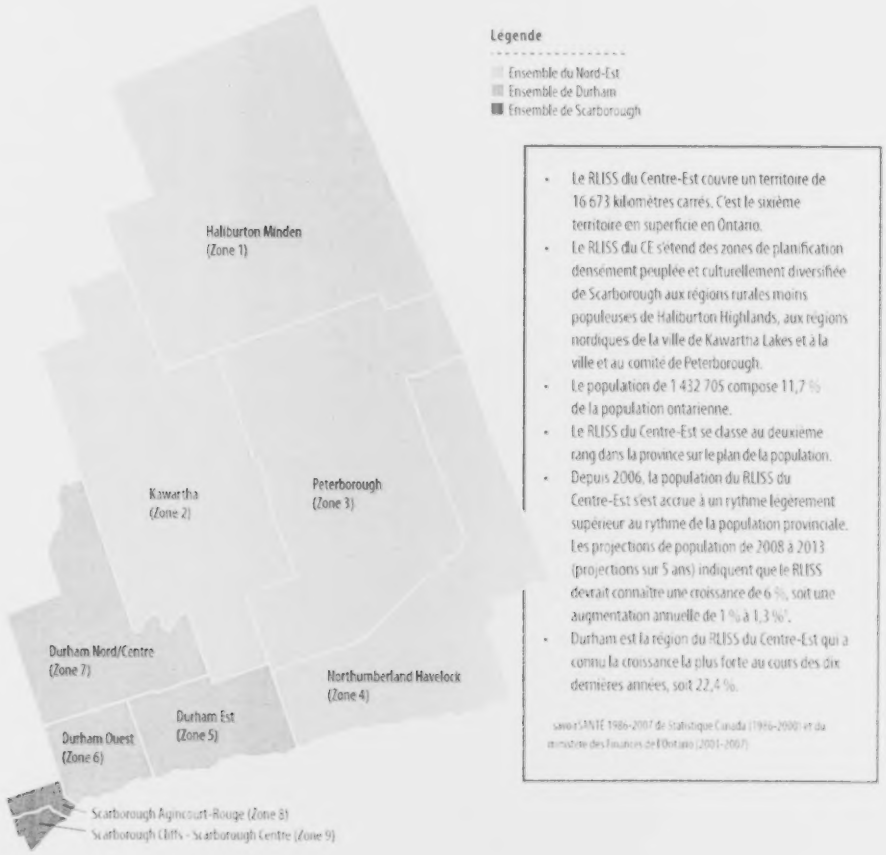


Vue d'ensemble du système de santé local actuel du Centre-Est

Le RLISS du Centre-Est est l'une des régions à plus forte croissance de la province. Plus de 11 % de la population ontarienne y réside. Selon le recensement de 2006, la population desservie par le RLISS a connu une croissance de 6,3 pour cent, pour atteindre 1,4 million de personnes.

Le territoire du RLISS du Centre-Est est un amalgame de zones urbaines et rurales. Il se classe au sixième rang parmi les RLISS de la province sur le plan de la superficie (16 673 km²). Comptant des villes densément peuplées, des villes de banlieue, des localités agricoles, des zones de villégiature et des établissements éloignés, le RLISS du Centre-Est s'étend du parc Victoria au parc Algonquin! Les populations de nos zones de planification présentent une grande diversité de valeurs communautaires, d'ethnies, de langues et de caractéristiques sociodémographiques.

Carte du RLISS CE



- Le RLISS du Centre-Est couvre un territoire de 16 673 kilomètres carrés. C'est le sixième territoire en superficie en Ontario.
- Le RLISS du CE s'étend des zones de planification densément peuplée et culturellement diversifiée de Scarborough aux régions rurales moins populeuses de Haliburton Highlands, aux régions nordiques de la ville de Kawartha Lakes et à la ville et au comté de Peterborough.
- Le population de 1 432 705 compose 11,7 % de la population ontarienne.
- Le RLISS du Centre-Est se classe au deuxième rang dans la province sur le plan de la population.
- Depuis 2006, la population du RLISS du Centre-Est s'est accrue à un rythme légèrement supérieur au rythme de la population provinciale. Les projections de population de 2008 à 2013 (projections sur 5 ans) indiquent que le RLISS devrait connaître une croissance de 6 %, soit une augmentation annuelle de 1 % à 1,3 %[1].
- Durham est la région du RLISS du Centre-Est qui a connu la croissance la plus forte au cours des dix dernières années, soit 22,4 %.

[1] selon SANTE 1986-2007 de Statistique Canada (1986-2000) et du ministère des Finances de l'Ontario (2001-2007)

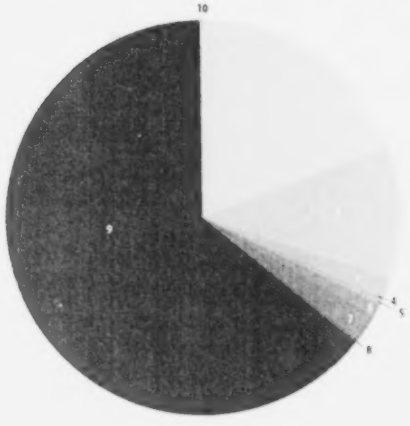
Quelques faits sur le RLISS du Centre-Est révélés par le recensement 2006 (Statistique Canada) :

- L'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes se situe au-dessus de la moyenne provinciale (selon les prévisions démographiques de 2005).
- Le RLISS du Centre-Est occupe le second rang quant au nombre de familles avec enfants à la maison.
- Le territoire arrive au second rang quant au pourcentage de familles avec enfants qui sont monoparentales.
- Il est au troisième rang pour le pourcentage de la population qui ne connaît ni l'anglais ni le français.
- Il a le troisième taux de chômage le plus élevé (plus de 15 ans) dans la province.
- Il se classe cinquième parmi les 14 RLISS quant au pourcentage de la population (âge 25+) qui a terminé des études postsecondaires.

Le RLISS du Centre-Est est responsable du financement de plus de 170 programmes et services de soins de santé :

- 10 hôpitaux répartis sur 16 sites
- 68 foyers de soins de longue durée
- 1 centre d'accès aux soins communautaires
- 42 services de soutien communautaire
- 3 services de traitement des traumatismes crâniens
- 17 services de résidence assistée dans des logements avec services de soutien
- 7 centres de santé communautaire
- 19 programmes communautaires de santé mentale
- 6 programmes de traitement des dépendances

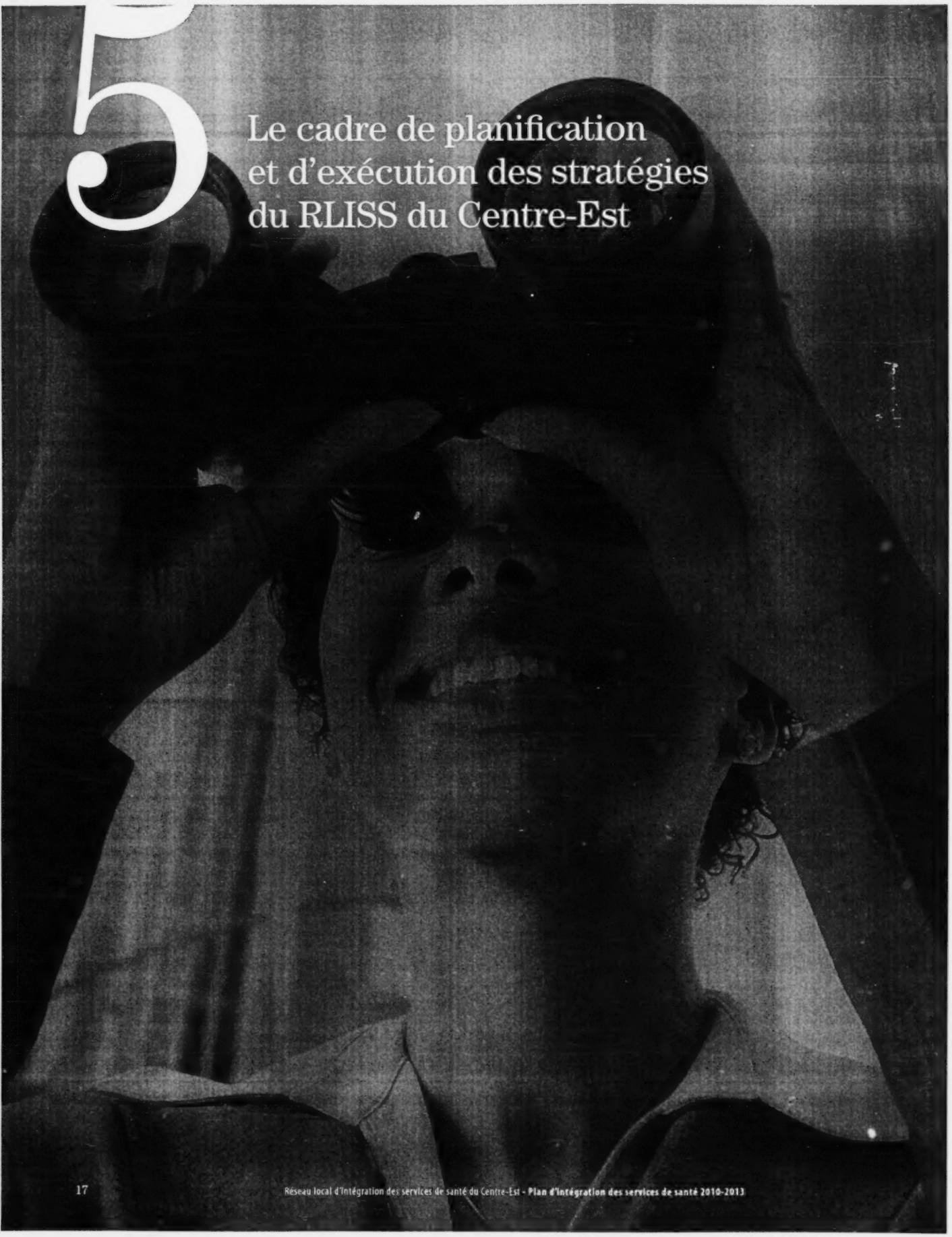
Répartition des fonds par secteur 2009-2010 (le 30 juin 2009)



Secteur		*Financement total ($)*
1.	Foyers de soins de longue durée (FSLD)	**365 873 699**
2.	Centre d'accès aux soins communautaires (CASC)	**203 198 605**
3.	Services de soutien communautaire (SSC)	**29 282 171**
4.	Traumatismes crâniens (TC)	**1 085 549**
5.	Services de résidence assistée dans des logements avec services de soutien	**12 819 887**
6.	Centres de santé communautaire (CSC)	**17 907 481**
7.	Programmes communautaires de santé mentale (PCSM)	**43 107 935**
8.	Programmes de traitement des dépendances	**8 035 683**
9.	Hôpitaux (incluant hôpitaux spécialisés)	**1 202 560 125**
10.	Initiatives (non alloué)	**4 616 114**
Total		**1 888 487 249**

L'analyse de l'environnement du Plan intégré de services de santé présente aussi des données démographiques sur le RLISS du Centre-Est. Cette analyse contient aussi d'autres données relatives à nos cibles stratégiques.

5 Le cadre de planification et d'exécution des stratégies du RLISS du Centre-Est



Le cadre de planification et d'exécution des stratégies du RLISS du Centre-Est

Pour réaliser la vision du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et du RLISS du Centre-Est, les orientations stratégiques et les priorités stratégiques doivent s'appuyer sur l'application uniforme et concise d'un cadre de planification pour la conception et l'exécution des stratégies. Non seulement ce cadre doit-il être basé sur les faits et sur les pratiques exemplaires, mais il doit aussi être un modèle d'apprentissage permettant l'amélioration continue de la qualité dans le processus d'atteinte des cibles fixées.

Entre 2006 et l'automne 2009, le RLISS du Centre-Est a produit pas moins de 15 documents de planification, cadres de travail et rapports d'envergure. Ces documents sont largement utilisés pour déterminer les activités actuelles et à venir du RLISS du Centre-Est.

L'examen des constatations et des recommandations déborde du cadre du PISS, mais il convient de souligner que certains de ces documents seront utilisés pour définir les activités du RLISS du Centre-Est en 2010-2013.

Un seul réseau de soins actifs dans le RLISS du Centre-Est : le plan des services cliniques

L'idée du réseau unique de soins actifs est le résultat du plan de service cliniques des hôpitaux du RLISS du Centre-Est rendu public en février 2009. Ce plan est la pierre d'assise de l'initiative en faveur d'un accès amélioré et équitable des patients à un système hospitalier intégré qui fournit des soins de la plus haute qualité dans l'ensemble du RLISS du Centre-Est pour certains services désignés. Pour atteindre cet objectif, le plan des services cliniques a suivi plusieurs pistes :

- Amélioration de *la qualité et la sécurité* en regroupant des spécialistes cliniques ou médicaux/de chirurgie, leurs équipes et les ressources physiques appropriées.
- Elargissement ou mise sur pied de nouveaux programmes qui ne seraient pas *viables ou durables* s'ils étaient disséminés dans plusieurs sites.
- Création d'*efficiences opérationnelles et cliniques* qui permettraient aux hôpitaux de se concentrer sur leur programmes centraux et de les améliorer.
- De nouveaux « *centres d'excellence* » qui permettraient aux résidents du RLISS du Centre-Est de recevoir des services sur le territoire du RLISS et aussi près que possible de leur domicile. Ce projet nécessitera la création à l'intérieur du RLISS d'ensembles au sein desquels il sera possible d'organiser et d'intégrer la prestation des services et le leadership aux niveaux local, des ensembles et du RLISS.

Pendant la période d'application du PISS 2010-2013, le RLISS et ses fournisseurs de services de santé s'emploieront à établir l'ordre de priorité et à organiser la mise en œuvre des recommandations du Plan de services cliniques. Une attention particulière sera accordée aux recommandations qui faciliteront l'atteinte des cibles stratégiques du PISS. Mettant à profit l'expérience acquise et les succès obtenus pendant la première ronde de planification des services cliniques des hôpitaux, le RLISS du Centre-Est et ses hôpitaux partenaires examineront aussi d'autres programmes qui pourraient être élaborés au niveau du RLISS afin de mieux appuyer encore la vision d'un réseau de soins actifs unique : *améliorer l'accès équitable et en temps opportun des patients à un système hospitalier intégré qui fournit des soins de la plus haute qualité dans l'ensemble du RLISS du Centre-Est.*

Le cadre de mobilisation communautaire et de planification locale de la santé

On prévoit qu'avec les leçons apprises au cours des trois premières années du RLISS du Centre-Est et étant donné l'importance accrue accordée au cibles stratégiques décrites dans ce PISS, il faudra réviser dans une certaine mesure le *Cadre de mobilisation communautaire et de planification locale de la santé*. En collaboration avec les partenariats locaux, les réseaux et les équipes de travail du RLISS, nous chercherons des options en vue de consolider la mobilisation communautaire, la collaboration et la formation de coalitions qui produiront des résultats tangibles pour les membres des populations prioritaires désignées et leurs familles.

Au minimum, le *Cadre* devra être remanié pour intégrer les nouveaux développements dans la stratégie de mobilisation du RLISS du Centre-Est, tels la création du Comité consultatif de professionnels de la santé, le partenariat de planification des services de santé en français (SSF) et le cercle autochtone consultatif du RLISS du Centre-Est[7].

Améliorer les soins aux patients grâce à la cybersanté

Avec l'appui de son chef de la cybersanté et de partenaires locaux, le RLISS du Centre-Est, a mis au point un Plan stratégique de cybersanté[8]. Ce plan décrit certains projets de cybersanté qui sont actuellement en cours de réalisation dans le RLISS. Voici quelques-uns de ces projets :

- L'Initiative de développement des systèmes d'imagerie diagnostique et d'archivage et de transmission d'images (DI-PACS), qui permettra de partager et de stocker sur des supports électroniques sécuritaires des rayons X, des tests de résonance magnétique et d'autres images diagnostiques, sera très bientôt complétée dans notre RLISS.
- Le projet de Centralisation des centres de données est une initiative conjointe de plusieurs RLISS visant à regrouper les centres de données de 33 sites hospitaliers pour former un seul site sécurisé avec sauvegarde et recouvrement en cas de désastre. Ce centre de données améliorera de beaucoup l'efficience et l'efficacité infrastructurelle des établissements participants. Notre RLISS profitera de cette nouvelle infrastructure pour regrouper ses informations hospitalières, qui seront partagées par tous les hôpitaux du Centre-Est et d'autres organismes au besoin. Cette mesure produira un dossier de santé unique partagé mais sécurisé qui contiendra toute l'information disponible dans tous les hôpitaux du RLISS. En plus de produire des dossiers complets, le regroupement permettra aussi de répartir les flux de travail et les processus et d'accélérer l'intégration de notre système de santé.
- Le Système d'information sur les mises en congé en temps opportun reliera de façon sécuritaire les hôpitaux et les médecins de famille, tout en assurant la confidentialité des renseignements personnels et la protection de la vie privée, afin d'assurer que l'information détenue par les hôpitaux au sujet des patients soit accessible pour le médecin approprié quand les patients sont admis à l'hôpital ou mis en congé.

En collaboration avec Cybersanté Ontario, nous travaillons à la mise en œuvre à l'échelle provinciale de programmes visant à apporter un soutien aux patients diabétiques et aux praticiens qui les traitent, de systèmes de gestion des temps d'attente et de registres de fournisseurs,

7 Aucune décision finale n'a encore été prise quant au nom de ce cercle consultatif. Les leaders locaux discutent des options culturelles pertinentes relativement aux communautés Nishnaabe, métis et inuit, aux traditions et à l'histoire. « Nishnaabe » est un terme autochtone qui signifie « peuple du créateur de l'île de la Tortue ». Les chefs des Premières nations ont choisi ce terme pour désigner leur communauté, y compris les personnes qui vivent dans des réserves et hors réserve.

8 Le plan stratégique de cybersanté du RLISS du Centre-Est est disponible en anglais seulement.

de patients et de patients non suivis par un médecin. Un autre projet important soutenu par le MSSLD consiste à mettre en œuvre des systèmes d'information sur les médicaments dans le but d'améliorer la sécurité et l'efficacité de nos systèmes de prescriptions.

Nous devons mettre en place l'infrastructure nécessaire et améliorer la fonctionnalité requise pour la cybersanté dans l'ensemble du RLISS afin de faciliter la réalisation de la vision, des orientations stratégiques et des cibles stratégiques de la province et du RLISS du Centre-Est.

Un cadre pour l'amélioration de la qualité du système : la cible triple

Dans le domaine de la santé, les mesures de planification et de prise de décision qui portent sur des objectifs communs peuvent se révéler des processus complexes faisant appel à un grand nombre de partenaires ayant des priorités divergentes. La planification et l'établissement des priorités est essentiellement un exercice d'équilibre : le fait de mettre l'accent sur une partie du système de santé ou de l'expérience de soins peut avoir des effets négatifs et inattendus sur d'autres secteurs.

Même si l'adoption d'énoncés de vision, la formulation d'orientations stratégiques et l'établissement de priorités partagées peuvent guider le processus décisionnel, les décideurs, les planificateurs, les administrateurs et les professionnels de première ligne sont fréquemment confrontés à des questions poignantes : comment définir la qualité, comment répartir les ressources et comment concevoir et offrir des programmes qui nous permettront de concrétiser notre vision et d'appliquer nos orientations stratégiques.

À l'automne 2008 le RLISS du Centre-Est s'est joint a une nouvelle initiative mise de l'avant par l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) des États-Unis appelée *Triple Aim*, la « cible triple ». Depuis un an, le RLISS du Centre-Est a eu la chance de coopérer avec des organisations de santé provenant de partout dans le monde, dans un environnement d'apprentissage qui met à l'essai des initiatives visant à atteindre la « cible triple ». Présentement, ce modèle gagne en popularité à travers le monde, comme en Ontario d'ailleurs, où les 14 RLISS se sont engagés d'une façon ou d'une autre à cet égard.

Figure 2 : Conception d'une initiative systémique selon la stratégie de la cible triple

Qu'est-ce que la cible triple? En termes simples, la cible triple est la poursuite simultanée d'améliorations aux niveaux de la santé de la population **(SP)**, de l'expérience du patient **(E)** et du rapport coût-performance **($)** en contrôlant ou en réduisant le coût des soins de santé per capita. Le principe peut paraître simple, mais l'expérience a démontré que si l'on n'y prend garde, les trois cibles ont souvent tendance à tirer dans des directions opposées. Par exemple, les activités axées sur l'amélioration de l'expérience du client peuvent se traduire par une amélioration nulle ou même une détérioration de la santé de la population et du rapport coût-performance.

Trop souvent dans le monde les systèmes de santé sont tenus de fournir de plus en plus de soins à coût élevé qui n'apportent que très peu de valeur sur le plan de l'expérience du patient et de la santé de la population. Cela est dû au fait que les incitatifs financiers des soins de santé sont souvent axés sur l'offre, c.-à-d. que plus un organisme offre de soins, plus il s'attend à en tirer des revenus importants, sans égard à la valeur ou aux résultats. D'autres fois, les fournisseurs de soins ne sont pas incités à aller en amont pour proposer des options à moindre coût susceptibles d'éviter des complications, ce qui entraîne une augmentation des coûts des services de santé. Il en résulte un système de santé non durable qui produit plus de services spécialisés à coût élevé sans pouvoir démontrer une quelconque amélioration globale dans la santé de la population. Et venant s'ajouter aux coûts assumés par le système de santé, il y a aussi des coûts directs pour les patients, les familles et les collectivités.

Pourquoi le RLISS du Centre-Est adopte-t-il le modèle de la cible triple?
Dans le modèle de la cible triple, le RLISS du Centre-Est a trouvé un cadre explicite qui exprime succinctement la vision, les cibles stratégiques et le mandat du RLISS. Le modèle contient aussi un cadre d'exécution qui facilitera sensiblement l'atteinte de ces cibles.

Plus précisément, pour la conception et la réalisation d'une initiative systémique basée sur la cible triple, le modèle exige la formation de coalitions de partenaires de l'intérieur et de l'extérieur du système de santé, l'utilisation de mesures systémiques pour évaluer les améliorations de performance et la mise en application de six étapes ou mesures (voir figure 2) décrites ci-dessous :

Définir la qualité à partir de la perspective d'une personne membre d'une population définie
Le point de départ du modèle de la cible triple repose non sur une théorie abstraite, mais plutôt sur des témoignages de patients. La « qualité » est définie au moyen d'une suite de témoignages qui révèlent clairement les perspectives des différents clients d'un sous-groupe de la population (par ex. les aînés aux urgences ou les diabétiques ayant une maladie mentale). Les solutions sont construites autour de ces témoignages, puis mises à l'essai pour vérifier leur efficacité et leur applicabilité aux populations ciblées. Dans les sections suivantes du PISS, nous donnons la parole à certains patients des urgences ou ayant une maladie vasculaire.

Les patients et les familles en première ligne du système
Le système de santé doit être orienté autour des besoins, des préférences et des forces des patients et de leurs familles. Cela devrait inclure :

- fournir de l'information décrivant la performance du système en matière d'accès, d'efficacité clinique, de qualité, de sécurité et de satisfaction des patients

- mettre sur pied des coalitions de fournisseurs de services de santé et de services sociaux afin de répondre aux besoins des individus médicalement ou socialement complexes
- faire participer le patient et la famille à la personnalisation du plan de soins
- apprendre de l'expérience du patient pour susciter l'amélioration continue
- offrir du soutien aux individus et à leurs soignants afin qu'ils en viennent à mieux gérer leur propre santé

Définition et restructuration des services de « soins primaires »

Bien que le modèle de prestation des soins primaires tombe en bonne partie hors de la compétence du RLISS du Centre-Est, nous devons soutenir activement les initiatives provinciales et locales qui visent à développer les soins multidisciplinaires, améliorer l'accès local et accroître l'enveloppe de services de soins primaires.

Intégration du système et rôle de l'intégrateur

L'obligation d'intégration du système sous la conduite d'un intégrateur vient encore consolider l'applicabilité du modèle de la cible triple au mandat du RLISS. Selon l'IHI, l'intégrateur du système, dans ce cas-ci le RLISS du Centre-Est, est « une entité qui accepte la responsabilité des trois composants de la cible triple pour une population donnée ». L'intégrateur a « l'importante fonction de faire le lien entre les organisations dans le continuum … qui peut inciter les [fournisseurs de] services de santé à adopter un comportement de coordination pour travailler comme un système au profit de la population visée ».

Plateforme de contrôle des coûts – réduction du coût per capita

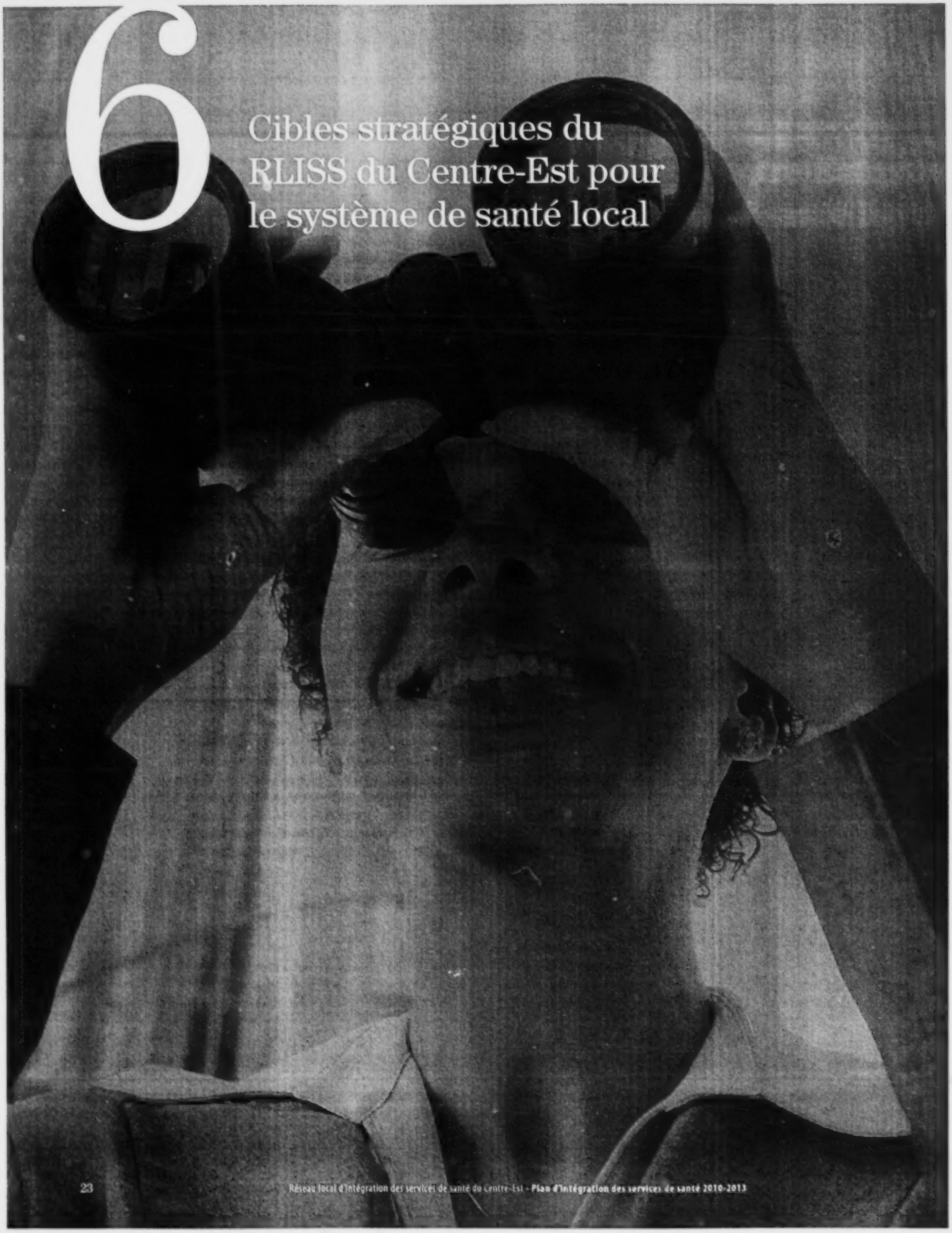
Étant donné notre situation économique délicate, non seulement devons-nous faire plus avec moins, mais nous devons aussi nous assurer que les éléments qui reçoivent un financement produisent des résultats tangibles pour le patient et pour la collectivité. Il faut identifier les économies qu'il est possible de réaliser pour les réinvestir dans des améliorations au niveau des soins. À cette fin, peut-être faudra-t-il mettre en place des mesures incitatives à l'intention des fournisseurs de soins qui s'efforceront de produire de meilleurs résultats, plutôt que de se contenter de donner des soins. Il faudra aussi améliorer constamment le cheminement du patient afin que les services de soins de santé et autres soient incités à créer les meilleurs résultats possibles avec les coûts les plus faibles.

Prévention et promotion de la santé

Tout comme les soins primaires, la santé publique ne fait pas partie du mandat du RLISS du Centre-Est. Toutefois, il va de soi que notre vision s'applique à la promotion de la santé ainsi qu'à la prévention et la gestion des maladies. Il nous faut donc pouvoir compter sur des partenaires actifs dans d'autres secteurs des soins de santé et ailleurs pour promouvoir les modes de vie sains, la réduction de l'abus de substances et la constitution de capacités d'autogestion chez les patients et les soignants.

Dans la section qui suit, nous présentons deux grandes cibles stratégiques conçues en tant qu'initiatives systémiques qui, en plus d'atteindre la « cible triple » d'une meilleure santé, d'une meilleure expérience client et d'un meilleur rapport coût-performance, réaliseront les priorités stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et du RLISS du Centre-Est.

6 Cibles stratégiques du RLISS du Centre-Est pour le système de santé local



Cibles stratégiques du RLISS du Centre-Est pour le système de santé local

Le PISS 2010-2013 met l'accent sur deux initiatives systémiques basées sur le modèle de la cible triple. Il s'agit de « cibles stratégiques » qui faciliteront grandement la réalisation de la vision et des orientations stratégiques du Ministère et du RLISS du Centre-Est.

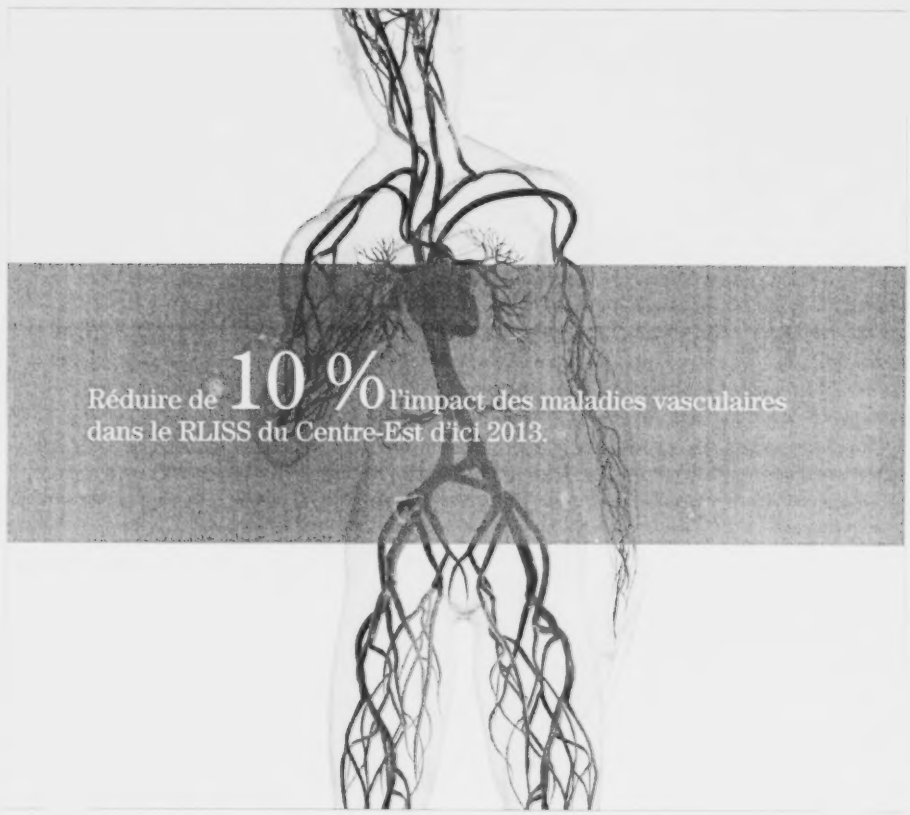
Par souci de clarté et afin de démontrer notre engagement et mettre en place un mouvement en faveur de la formation de coalitions entre les fournisseurs de soins de santé et les fournisseurs d'autres soins, ces initiatives ou cibles stratégiques sont formulées en langage clair avec des indications précises quant aux mesures à prendre et aux délais de mise en œuvre souhaités.

Cible stratégique n° 1 : *Conformément à la priorité stratégique visant la réduction des temps d'attente dans les urgences et les autres niveaux de soins formulée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le RLISS du Centre-Est se fixe la cible suivante :*

Notre cible stratégique consiste à éliminer un million d'heures passées par les patients dans les services des urgences du RLISS du Centre-Est d'ici 2013. Cette cible est conforme à la priorité du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de réduire le temps passé par les patients dans les urgences. Cette réduction de 1 000 000 d'heures sera accomplie

en réduisant le nombre de visites aux services des urgences (réduction de la demande), en accélérant le cheminement dans les urgences (amélioration de la capacité et de la performance) et en fournissant aux patients qui n'ont plus besoin de soins actifs dans un hôpital des niveaux de soins plus appropriés dans la collectivité, ce qui réduira la demande sur les ANS et améliorera l'utilisation des lits.

Cible stratégique n° 2 : *Conformément à la priorité stratégique visant l'amélioration de l'accès aux soins intégrés pour les diabétiques formulée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et en tenant compte des importants investissements effectués par les RLISS dans la prévention, la détection précoce et l'autogestion des maladies chroniques, et dans l'accès efficace et équitable aux traitements tels le traitement des accidents vasculaires cérébraux, le RLISS du Centre-Est se fixe la cible suivante :*



Notre cible stratégique consiste à réduire l'impact des maladies vasculaires dans le RLISS du Centre-Est de 10 % d'ici 2013. La diminution du risque de développer une maladie vasculaire et la gestion efficace de la maladie réduiront l'impact des maladies vasculaires sur le plan individuel et au niveau du système de santé. Le succès sera mesuré en nombre de jours-

patients d'hospitalisation. Il faudra obtenir un effort collectif des patients, des cliniciens, des organismes communautaires et des hôpitaux.

Ces deux cibles stratégiques ayant été définies et le cadre de planification de la cible triple ayant été mis en place, nous pouvons maintenant passer à la deuxième étape de la carte stratégique du PISS 2010-2013 du RLISS du Centre-Est. La **figure 3** illustre comment les deux cibles stratégiques viendront appuyer la cible triple de l'IHI et les attributs d'un système de santé très performant élaborés par le Conseil ontarien de la qualité des services de santé. En obtenant ces résultats, nous nous rapprocherons d'autant de la réalisation de la vision du RLISS du Centre-Est.

Figure 3 : 2e étape de la carte stratégique du PISS du RLISS du Centre-Est

Populations prioritaires

Comme le premier PISS, le second PISS a identifié des segments de la population où porteront plus particulièrement les efforts :

les aînés...

- qui sont dans la collectivité et à risque d'hospitalisation ou d'ANS
- qui sont hospitalisés et à risque d'ANS ou de subir un événement fâcheux ou un déclin fonctionnel durant leur séjour
- qui ont besoin de soins gériatriques communautaires complets, de logements avec service de soutien, de réadaptation ou d'autres services pour répondre à leurs besoins complexes
- qui requièrent des services et des mesures de soutien à cause d'une maladie aiguë ou chronique comme la démence
- et leurs soignants

les personnes ayant une maladie mentale et/ou une dépendance…

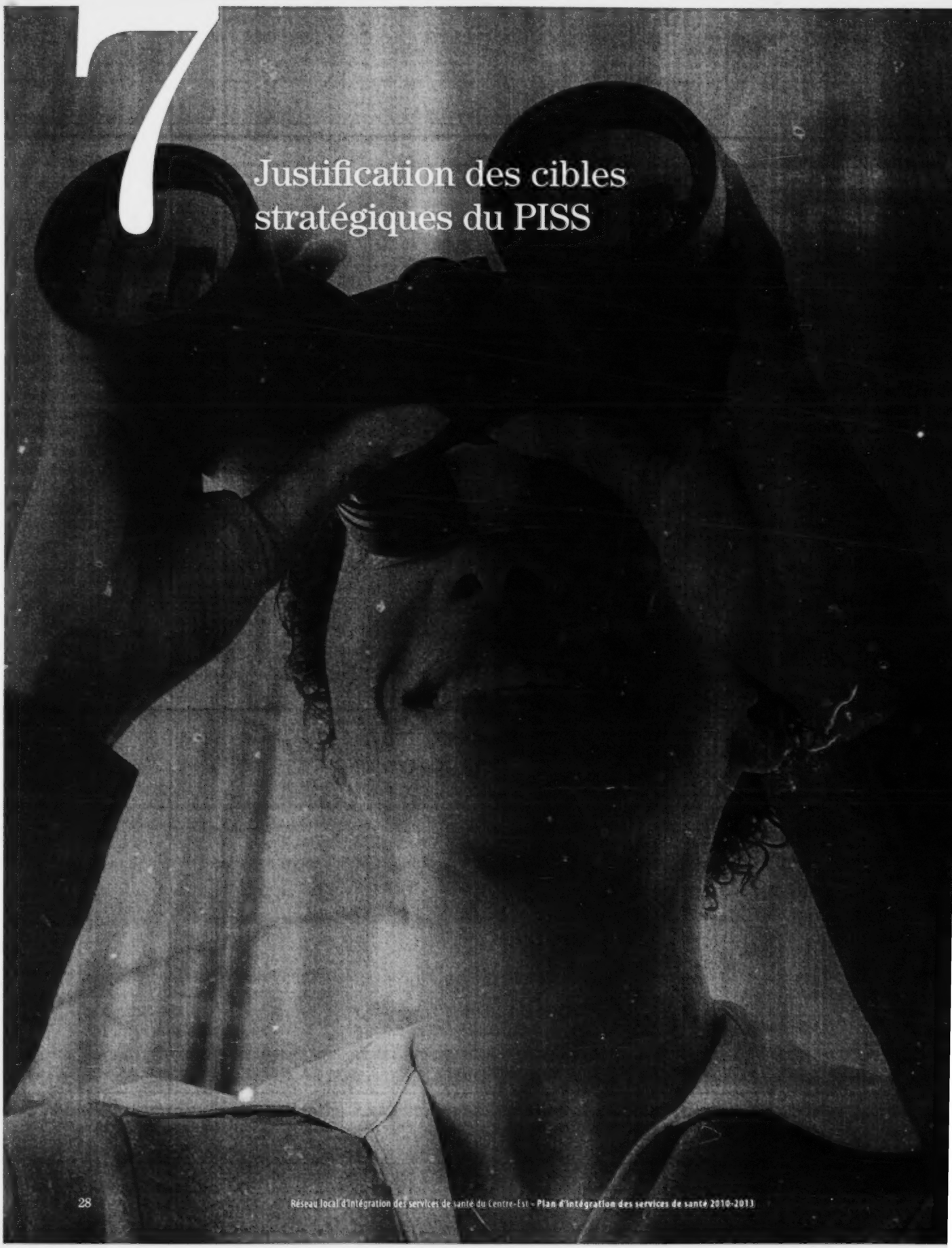
- qui ont besoin de soins primaires ou d'aide communautaire en situation d'urgence en remplacement des visites aux services d'urgences ou de l'hospitalisation
- qui sont dans un service des urgences et qui ont besoin d'aide pour avoir accès aux soins hospitaliers, aux soins en clinique externe, aux programmes d'entraide et/ou aux services sociaux
- qui risquent de développer une maladie chronique ou une complication d'un problème chronique
  - on estime que 30 % des diabétiques ont une maladie mentale concomitante comme la dépression ou l'anxiété, et les gens qui souffrent d'anxiété courent jusqu'à six fois plus de risques de mourir d'une maladie coronarienne[9]
  - en outre, plusieurs médicaments employés en psychiatrie ont tendance à provoquer des syndromes métaboliques[10] et des maladies telles le diabète
- nécessitent un accès en temps opportun à des services communautaires et/ou hospitaliers intégrés

Conformément à la *Loi sur l'intégration du système de santé local*, le RLISS du Centre-Est continuera à collaborer avec les membres et les organismes des communautés francophone, des Premières nations, des Métis et des Inuits du RLISS du Centre-Est. Dans le cadre de leur collaboration, le RLISS et ces partenaires classeront les différents segments de leur population par ordre de priorité afin d'assurer la réalisation de ces cibles pour tous.

9 UK Mental Health Foundation.

10 Le syndrome métabolique est un amalgame de troubles médicaux qui augmentent le risque de développer des maladies cardiovasculaires et le diabète. Une personne sur cinq en est atteinte et sa prévalence augmente avec l'âge.

7 Justification des cibles stratégiques du PISS



Justification des cibles stratégiques du PISS

Ces cibles stratégiques du système de santé public se fondent sur les priorités établies par le gouvernement de l'Ontario. Elles découlent aussi de ce que les citoyens et les professionnels de la santé ont qualifié auprès du RLISS du Centre-Est de mesures importantes pour leur santé et pour la santé de leurs familles et de leurs collectivités.

Confirmation des cibles stratégiques du PISS au moyen de la mobilisation communautaire

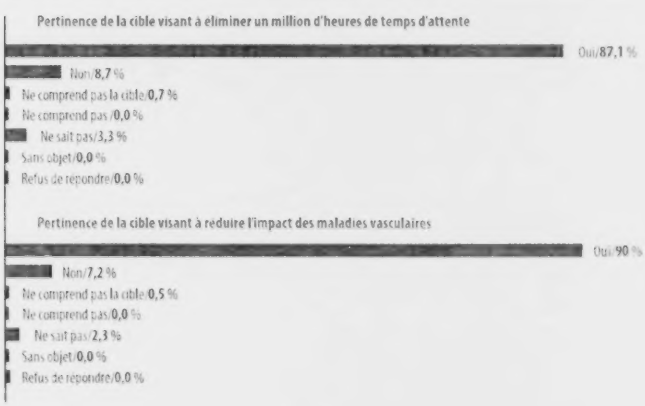
Contrairement au premier PISS au cours duquel le RLISS a passé beaucoup de temps et investi beaucoup d'énergie à se rendre dans chaque collectivité du Centre-Est pour y rencontrer les résidents et les fournisseurs de soins, le PISS 2010-2013 tire profit de l'expérience acquise ainsi que des conseils et orientations reçus par le RLISS du Centre-Est par différents canaux de participation communautaire formelle et informelle.

En faisant particulièrement référence aux cibles des urgences et de la santé vasculaire, le RLISS du Centre-Est a profité de son **symposium de planification annuel** (tenu à Oshawa les 14 et 15 mai 2009) pour inciter ses partenaires à faire connaître leur opinions relativement aux mesures qui pourraient être prises individuellement et collectivement en vue d'améliorer simultanément la santé de la population, l'expérience du patient et le rapport coût-performance, selon le modèle de la cible triple.

Le RLISS a ensuite rassemblé des spécialistes du système de santé local au cours de deux **sessions de réflexion stratégique** – une pour chaque cible – afin de guider le personnel du RLISS quant aux mesures à prendre pour atteindre ces cibles stratégiques. Par la suite, les versions provisoires du PISS ont été remises à ces mêmes experts afin de recevoir leurs commentaires et leurs conseils.

Dans le cadre d'une nouvelle démarche, le RLISS du Centre-Est a réalisé un **sondage téléphonique** auprès du public afin de mesurer le niveau de confiance actuel dans le système de santé local et façonner et valider les deux cibles stratégiques. Plus d'un millier (1140) de ménages ont été contactés par l'agence de recherche et de marketing en santé NRC Picker

Pertinence des cibles du RLISS



Canada, qui leur a posé une série de questions liées aux services des urgences des hôpitaux et aux maladies chroniques comme le diabète et les accidents vasculaires cérébraux. Certaines réponses reçues sont présentées plus bas et le rapport complet est accessible en ligne[11].

Justification de la cible stratégique de réduire de 1 000 000 d'heures le temps passé par les patients dans les services des urgences du RLISS du Centre-Est d'ici 2013.

Qu'entend-on par « temps passé dans les services des urgences »?

Les patients passent beaucoup de temps dans les urgences des hôpitaux à attendre des services ou à recevoir des traitements. Le temps total que le patient passe au service des urgences commence au moment de son inscription jusqu'au moment où il quitte physiquement le service des urgences soit pour retourner à la maison, soit pour être admis dans un lit d'hôpital[12].

Je me suis fêlé les côtes il y a quelques semaines en faisant du go-kart avec mon fils. Je savais qu'elles étaient fêlées car cela m'était déjà arrivé quand j'étais ado lors d'un match de football. Je savais aussi qu'il n'y avait pas grand-chose à faire, alors je n'ai rien fait. Hier, j'ai éternué et je me suis presque évanoui de douleur. De plus, j'avais de la difficulté à dormir et j'avais besoin d'un analgésique sous prescription. Alors, voici quels étaient mes choix. Je n'ai pas de médecin de famille – le mien a fermé son cabinet il y a trois ans – et aucun médecin de ma localité ne prend de nouveaux patients. J'aurais pu me rendre dans une clinique sans rendez-vous, mais j'aurais dû attendre deux jours pour obtenir les résultats des rayons X et une prescription. Alors, je suis allé aux urgences et j'ai apporté un livre. Je n'avais pas d'autre choix si je voulais avoir ma prescription le soir même. J'ai attendu six heures pour voir le médecin, puis 30 minutes à partir du moment où il m'a vu pour sortir avec ma prescription. Voici ma question : pourquoi ne m'ont-ils pas envoyé passer un rayon X dès que je leur ai dit ce qui m'était arrivé? Pourquoi a-t-il fallu que je voie un médecin avant qu'ils passent un rayon X?

Le temps passé dans un service des urgences peut inclure plusieurs étapes :

- l'enregistrement et l'évaluation sommaire de la gravité du cas (le « triage »)
- l'attente pour voir un ou des médecins
- la consultation avec le ou les médecins
- le passage de test(s) de diagnostic
- l'attente d'un traitement ou des résultats des tests
- l'attente d'un lit d'hôpital une fois admis
- l'attente d'un transfert vers un autre établissement ou d'un transport à la maison
- l'attente avant que des services de soutien communautaires ne soient arrangés
- la préparation pour le congé et le retour à la maison

11 Le RLISS du Centre-Est a aussi produit une version web du sondage à l'intention du public. Les 230 réponses reçues par cette voie étaient conformes aux résultats du sondage téléphonique. Les résultats du sondage web n'ont toutefois pas été intégrés dans le rapport car cela aurait eu pour effet de fausser la validité et la fiabilité du sondage téléphonique.

12 Pour voir le cheminement du patient typique dans le service des urgences, voir la carte du processus du service des urgences (Emergency Department Process Map) dans le « Central East LHIN Emergency Department Task Group Report » (juin 2008), annexe A (disponible en anglais seulement).

Le temps passé dans les services des urgences est trop long[1]. Bien que ce temps soit en partie nécessaire, en particulier pour les personnes très malades ou grièvement blessées, la plupart du temps passé aux urgences l'est inutilement. La plupart du temps passé aux urgences est une source de désagrément pour les patients dont les besoins sont moins urgents et empêche les patients qui ont besoin de soins plus rapidement et de traitements plus pointus d'accéder à ceux-ci

[1] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ED/ALC Quarterly Stocktake Report.

Pourquoi est-il important de réduire le temps passé par les patients dans les services des urgences?

La réduction du temps passé par les patients dans les services des urgences du RLISS du Centre-Est permettra d'améliorer l'accès aux services, de réduire les coûts pour les personnes et pour le système de santé, améliorer l'efficience et l'efficacité et d'augmenter la satisfaction des patients.

- Environ 40 % des visites dans les services d'urgences sont faites par des patients qui ont des besoins non urgents ou moins urgents[13].
- En Ontario, 90 % des patients sont traités en 9,4 heures ou moins, à partir de l'enregistrement/triage jusqu'à leur congé, soit plus longtemps que le suggèrent les lignes directrices provinciales sur la durée de séjour pour n'importe quelle catégorie de patient[14].
- Les patients qui sont admis à l'hôpital passent environ quatre fois plus de temps dans les urgences que ceux qui n'y sont pas admis[15].

Temps passé dans un service des urgences – description de la situation

En 2008-2009, les résidents du RLISS du Centre-Est ont passé environ 2,6 millions d'heures dans le service des urgences des hôpitaux du RLISS. Pour savoir ce que ce chiffre signifie vraiment, il faut comprendre comment fonctionnent ces services.

Toute personne qui se présente dans un service des urgences est évaluée par un professionnel médical afin de déterminer l'urgence relative de son cas. Cette étape s'appelle le « triage » et au Canada, l'échelle de triage normalisée est l'Échelle canadienne de triage et de gravité, ou ÉTG. Dans l'ÉTG, le niveau I regroupe les patients les plus malades, tandis que le niveau V s'applique aux patients les moins malades. Voici une brève explication et quelques exemples de cas qui entrent dans chaque niveau de l'ÉTG.

Niveau	État
I. Réanimation	Menace pour la vie ou un membre qui exige une intervention immédiate et énergique, par exemple un arrêt cardiaque ou respiratoire, une personne inconsciente ou une blessure grave.
II. Émergent	Menace potentielle pour la vie, un membre ou une fonction, qui demande une intervention rapide, par exemple une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, une blessure à la tête ou une surdose.
III. Urgent	État qui pourrait potentiellement devenir un problème grave, par exemple une blessure d'intensité moyenne, une crise d'asthme, des pensées suicidaires ou une douleur aiguë.
IV. Moins urgent	État lié à l'âge du patient, à la souffrance ou ayant un potentiel de détérioration ou de complications, par exemple maux de tête, douleur chronique.
V. Non urgent	État aigu mais non urgent ou pouvant faire partie d'un problème chronique, par exemple maux de gorge, rhumes, vomissements ou diarrhée.

13 Système de production de rapports sur les services des urgences (SPRSU) 2008-2009 du MSSLD
14 MSSLD ED/ALC Stocktake Report, DATE
15 SPRSU 2008-2009

Les patients ÉTG I et II ont souvent besoin de plus de services et leur traitement est souvent plus long, car ils sont plus gravement malades. C'est également le cas pour les patients qui sont admis à l'hôpital, quel que soit le niveau ÉTG qui leur a été accordé lors de l'évaluation initiale.

En moyenne, les résidents du RLISS du Centre-Est passent plus de temps aux urgences que ne le suggèrent les lignes directrices provinciales en matière de durée de séjour dans les services des urgences. Parmi les 14 RLISS, le RLISS du Centre-Est se classe au 5e rang pour ce qui touche à la durée du séjour moyen dans les service des urgences.

Lignes directrices du MSSLD en ce qui concerne la durée de séjour

Catégorie de patient	Lignes directrices en ce qui concerne la durée de séjour
Patients admis	≤ 8 heures
Patients ÉTG I-II non admis	≤ 8 heures
Patients ÉTG III non admis	≤ 6 heures
Patients ÉTG IV-V non admis	≤ 4 heures

L'objectif à atteindre pour tous les hôpitaux de la province est que 90 % des patients soient traités à l'intérieur de ces délais. Dans le RLISS du Centre-Est, la durée de séjour moyenne des patients des différents niveaux ÉTG en 2008-2009 est indiquée ci-dessous.

Visites dans les services des urgences du Centre-Est par catégorie de patients (2008-2009)

Catégorie	Proportion des visites dans le RLISS du Centre-Est (%)	Durée de séjour moyenne (heures)	Pourcentage des patients traités à l'intérieur des délais suggérés
Patients admis	10 %	18,7	33 %
Patients non admis (ÉTG I-II)	11 %	4,9	86 %
Patients non admis (ÉTG III)	37 %	4,1	82 %
Patients non admis (ÉTG IV-V)	42 %	2,6	82 %

Pourquoi les gens se rendent aux urgences

Les gens vont dans les service des urgences pour plusieurs raisons. Souvent ils font appel aux urgences afin de régler un problème lié à la santé qu'ils croient ne pas pouvoir régler autrement. Dans le RLISS du Centre-Est, nous savons que les gens ne se rendent pas aux urgences uniquement pour les situations urgentes ou critiques. Les raisons varient énormément d'une personne à l'autre. Nos données démontrent que les gens se rendent aux urgences pour les raisons suivantes :

- Parfois ils ne savent pas où aller pour obtenir des soins (par ex. service des urgences c. fournisseur de soins primaires).
- Ils ne savent pas quelles sont les autres options appropriées (par ex. clinique de soins urgents, cliniques sans rendez-vous).
- Le service des urgences devient l'option privilégiée par les personnes qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires (environ 86 000 personnes sur le territoire du RLISS) ou qui ne peuvent obtenir un rendez-vous en temps opportun.
- Souvent les gens croient que leur état de santé est critique et que le service des urgences est l'endroit qui convient à leur situation.

Mardi, ma fille a commencé à avoir des symptômes d'infection à une oreille. Après deux jours, nous savions qu'elle devait voir un médecin. Notre médecin de famille ne pouvait la voir avant dix jours. On nous a suggéré de nous adresser à une clinique ouverte après les heures normales de travail, mais aucune case de rendez-vous n'était libre. Le lundi soir, elle s'est réveillée plusieurs fois en pleurant. À 3 heures du matin, nous avons décidé d'aller aux urgences. Ils se sont montrés très compréhensifs quand nous nous sommes excusés en disant que nous avions essayé de voir notre médecin de famille ou d'aller dans une clinique ouverte après les heures. Ils lui ont donné un antibiotique et un analgésique. Nous étions très heureux d'avoir obtenu ce traitement mais nous étions mal à l'aise d'avoir fait appel à notre hôpital pour un problème relativement mineur.

Principales raisons de se rendre dans les services des urgences du RLISS du Centre-Est

Voici les cinq principales raisons pour lesquelles les gens se sont rendus dans les services des urgences du RLISS du Centre-Est en 2008-2009.

Sondage téléphonique du RLISS CE – août 2009 (choix de réponses)

Pour quelle raison vous-êtes vous rendu aux urgences la dernière fois?

-Ne savait pas où d'autre aller.....28%
-Aucune autre option disponible..... 59%

Principal problème	Centre-Est		Ontario	
	Nbre	%	Nbre	%
Blessure, empoisonnement et autres conséquences d'une cause externe	137 035	25,9	1 283 291	24,2
Symptômes, signes et constatations cliniques ou de laboratoire anormales	108 352	20,5	1 074 304	20,2
Maladies des voies respiratoires	53 119	10,1	563 678	10,6
Maladies du système digestif	35 750	6,8	333 128	6,3
Maladies du système musculosquelettique et des tissus conjonctifs	31 017	5,9	329 138	6,2

Autres niveaux de soins et performance des service des urgences

L'amélioration de l'utilisation des lits accélère le mouvement des patients à l'intérieur de l'hôpital et maximise la capacité hospitalière[16]. Parmi les déterminants de l'utilisation des lits se trouve l'objectif de faire le meilleur usage du temps que les patients passent dans des lits de soins actifs, en respect des normes de soins correspondant à l'état du patient. En outre, les

16 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ED/ALC Quarterly Stocktake Report.

La province applique la désignation ANS à toute personne qui occupe un lit dans un hôpital alors qu'elle n'a pas besoin de ressources ou services de l'intensité fournie dans ce milieu de soins.

hôpitaux doivent équilibrer de façon appropriée la répartition des lits avec les besoins de la population de patients de façon à ce que les patients reçoivent les bons soins au bon endroit et au bon moment. Il s'agit là d'importants efforts qui se poursuivront au cours des trois prochaines années. Quoi qu'il en soit, le déficit de lits ressenti est souvent attribué au nombre de patients désignés comme nécessitant un « autre niveau de soins » ou ANS.

Ces patients occupent des lits d'hôpitaux en attendant leur transfert dans un autre service hospitalier ou vers différentes destinations dont les services de soins de longue durée, les services de réadaptation et les foyers. En 2008-2009, le RLISS du Centre-Est a eu 15,26 % de jours ANS [17] alors que l'objectif provincial pour 2009-2010 a été fixé à 9,46 %.

Les tableaux qui représentent la situation en matières d'ANS catégorisée par diagnostic principal et par hôpital se trouvent dans l'analyse de l'environnement (Environmental Scan) du RLISS CE[18].

Justification de la cible de réduire de 10 % l'impact des maladies vasculaires d'ici 2013

Qu'est-ce qu'une maladie vasculaire?

La notion de maladie vasculaire englobe plus que les crises cardiaques. Les maladies vasculaires regroupent un grand nombre de pathologies qui peuvent toucher pratiquement toutes les parties du corps – de la tête aux orteils. Les maladies vasculaires peuvent être cardiovasculaires (le cœur), cérébrovasculaires (le cerveau), y compris la démence vasculaire et l'accident vasculaire cérébral, et les maladies vasculaires périphériques qui s'attaquent à d'autres parties du corps comme les reins, les bras et les jambes. Les maladies vasculaires ont des répercussions profondes sur notre santé individuelle et sur notre système de santé.

Mon beau-frère est décédé d'une crise cardiaque massive il y a deux mois. Il était au début de la cinquantaine et allait bientôt célébrer ses vingt-cinq ans de mariage avec ma sœur. Il est mort dans ses bras au milieu du salon. Nous croyions tous qu'il était en santé, mais il paraît qu'au fil des ans de la plaque s'était accumulée dans ses artères et qu'une artère s'est rompue. Ils disent qu'il avait une maladie appelée athérosclérose qui aurait pu être facilement diagnostiquée et traitée. Personne ne le savait. Maintenant tout le monde dans la famille surveille son régime, on fait un peu plus d'exercice et on fait faire notre bilan de santé régulièrement. Je n'avais jamais véritablement pensé aux maladies vasculaires auparavant, mais nous avons tous le devoir de nous occuper de nous-mêmes et des personnes que nous aimons.

La maladie vasculaire est provoquée par l'épaississement des parois de nos artères et, par voie de conséquence, le rétrécissement des artères qui transportent le sang dans notre corps. C'est cette accumulation à l'intérieur des artères (*arthérosclérose*) que l'on appelle communément le « durcissement des artères ». La maladie vasculaire peut s'attaquer aux yeux et causer la cécité, restreindre l'arrivée de sang au cerveau et provoquer une perte de la mémoire (démence) ou un AVC, causer une crise cardiaque ou une défaillance cardiaque, relever la tension

17 Jours ANS en tant que pourcentage des jours d'hospitalisation.
18 Document en anglais seulement.

Continuum des soins pour les maladies chroniques

1. prévention et soins primaires
2. soins préhospitalisation et ambulatoires
3. soins actifs
4. prévention secondaire de la progression de la maladie et des effets secondaires incluant la réadaptation
5. soins palliatifs/de fin de vie

artérielle, porter atteinte à la fonction rénale et causer l'inflammation des bras et des jambes (maladie vasculaire périphérique) qui peut provoquer une perte de tissus (gangrène, plaies) et éventuellement une amputation.

Quelle est l'importance de la réduction des maladies vasculaires sur le système de santé?

Les maladies vasculaires sont des causes importantes de maladie, d'invalidité, d'hospitalisation et de décès dans le RLISS du Centre-Est comme partout au Canada. Malgré la réduction du nombre annuel de décès attribuables aux maladies vasculaires, celles-ci restent la menace numéro un pour la santé des Canadiens. Les maladies vasculaires sont répandues dans le RLISS du Centre-Est. Elles entraînent un nombre élevé d'hospitalisations et de visites aux urgences. Elles ont des répercussions négatives importantes pour les individus comme pour le système de santé. En 2000, on estimait qu'au Canada, les maladies vasculaires entraînaient des coûts directs et indirects de 22,2 milliards de dollars. Sur le plan des coûts, elles se situaient au deuxième rang, après les maladies musculosquelettiques.

Les complications dues spécifiquement aux maladies vasculaires – les AVC, les crises cardiaques, etc. – tendent à susciter une utilisation plus intensive des services hospitaliers. En 2008-2009, dans les hôpitaux du RLISS du Centre-Est :

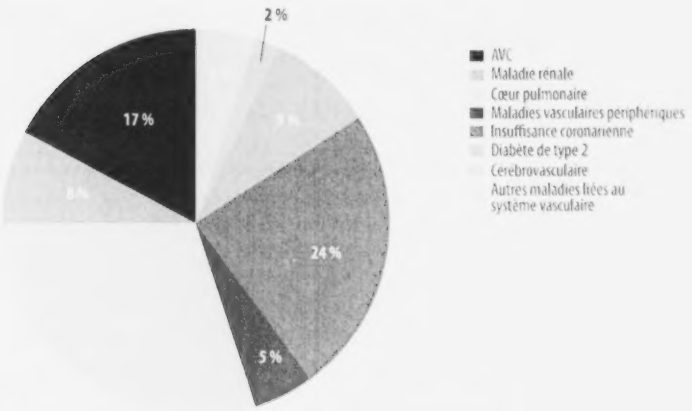
- 26 % (25 400) des mises en congé étaient attribuables à une maladie chronique; plus précisément, 8 550 mises en congé étaient le résultat d'une crise cardiaque[19].
- Près de 31 % (25 485) des jours d'autres niveaux de soins (ANS) étaient attribuables aux maladies chroniques, dont 6 248 jours aux AVC.
- En ce qui concerne les soins critiques, 5 354 (46 %) cas étaient liés aux maladies chroniques, dont 3 297 (62 %) à la cardiopathie.
- 35 204 (6,7 %) des visites aux services des urgences étaient liées aux maladies chroniques, dont 26 491 à l'arthrite et aux problèmes connexes.
- En 2007, l'hypertension et le diabète étaient les deux premières raisons de visite aux fournisseurs de soins primaires.

19 Incluant la cardiopathie, l'insuffisance coronarienne et le cœur pulmonaire.

Problèmes de santé liés aux maladies vasculaires signalées pour les résidents [adultes] du RLISS CE	Jours-patients dans TOUS les hôpitaux*	%
Cérébrovasculaire	2 525	2 %
Diabète de type 2	12 917	9 %
Insuffisance coronarienne	32 291	24 %
Maladie vasculaire périphérique	7 184	5 %
Cœur pulmonaire	40 854	30 %
Maladie rénale	10 505	8 %
AVC	23 596	17 %
Autres maladies liées au système vasculaire	6 748	5 %
Total	**136 620**	**100 %**

**Ce tableau présente le total des jours d'hospitalisation liés aux maladies vasculaires pour les résidents du RLISS du Centre-Est, y compris les jours passés dans des hôpitaux situés à l'extérieur du territoire du RLISS du Centre-Est. 72,7 % des jours-patients compilés pour les résidents adultes du RLISS du Centre-Est (>=15 ans) ont été traités dans le RLISS du Centre-Est, 21,3 % recevant des traitements dans le RLISS du Centre-Toronto..*

Répartition des maladies liées au système vasculaire – jours-patients
Résidents (adultes) du RLISS du Centre-Est



Neuf Canadiens sur dix âgés de plus de 20 ans ont au moins un facteur de risque de maladie vasculaire et un sur trois a plus d'un facteur de risque (Agence de la santé publique du Canada, 2009). La population cible des maladies vasculaire se transforme : elle rajeunit, compte de plus en plus de femmes, se diversifie ethniquement et est fréquemment composée d'autochtones et de sud-asiatiques (SCSC 2009).

En ce qui concerne plus particulièrement l'impact du diabète sur le système de santé, il convient de noter que la majorité des maladies (morbidité) et des décès (mortalité) chez les

diabétiques sont attribuables à des complications liées à une maladie vasculaire, y compris les maladies coronariennes, périphériques et artérielles cérébrales. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007, le RLISS du Centre-Est présente la plus forte prévalence de diabète en Ontario, soit 8,9 % chez les jeunes et les adultes.

On estime que le fait d'aider un diabétique à contrôler sa glycémie (A1C) alors qu'elle n'était pas contrôlée auparavant permet d'éviter :

- 1 crise cardiaque sur 109 (infarctus aigu du myocarde [IAM])
- 1 amputation du pied sur 111
- 1 décès sur 343

Par ailleurs, la réduction de la tension artérielle chez les personnes ayant le diabète et une maladie coronarienne au niveau recommandé de 130/80 permet d'éviter :

- 1 crise cardiaque sur 169
- 1 amputation sur 1250
- 1 AVC sur 238
- 1 décès sur 224[20]

Les économies réalisées par le système de santé quand la glycémie d'un diabétique est contrôlée se calculent donc comme suit : 1 crise cardiaque sur 109, au coût de 7331 $ par crise cardiaque, plus 1 amputation sur 111 au coût de 24 480 $ par amputation[21]. Si l'on ajoutait d'autres coûts liés aux soins comme les visites répétées aux services des urgences, les soins infirmiers à domicile, la réadaptation, les services de soutien communautaire, etc., les économies seraient encore plus importantes.

Le coût réel d'une maladie ou d'une invalidité pour la personne atteinte et pour le système de santé englobe beaucoup plus que les frais de médecin, du personnel médical, les chirurgies, les médicaments, l'équipement et les fournitures. Il faut aussi penser aux pertes salariales, aux frais de déplacement, de stationnement, de garde d'enfant, de services de relève, de transport d'urgence, de soins à domicile et de réadaptation.

Comme de nombreuses femmes, mon amie ne portait pas attention aux petits bobos et aux petites douleurs qu'elle avait tout le temps. Elle n'avait pas vu son médecin de famille depuis cinq ans et prenait seulement des médicaments en vente libre pour soigner ses maux de tête continuels. Un jour, elle s'est rendue à une clinique de vérification de la tension artérielle. Sa pression était tellement élevée qu'ils l'ont envoyée directement aux urgences. Finalement, après une batterie de tests, ils ont découvert qu'elle avait un dysfonctionnement rénal précoce. Maintenant, elle prend des médicaments et fait faire son bilan de santé régulièrement. Et dire qu'elle aurait pu en mourir.

20 Tableau sur le nombre de sujets à traiter, Conseil ontarien de la qualité des services de santé 2009
21 Initiative ontarienne de coût par cas.

La lutte contre les maladies vasculaires donne-t-elle des résultats?

Prévalence des maladies vasculaires dans le RLISS du Centre-Est

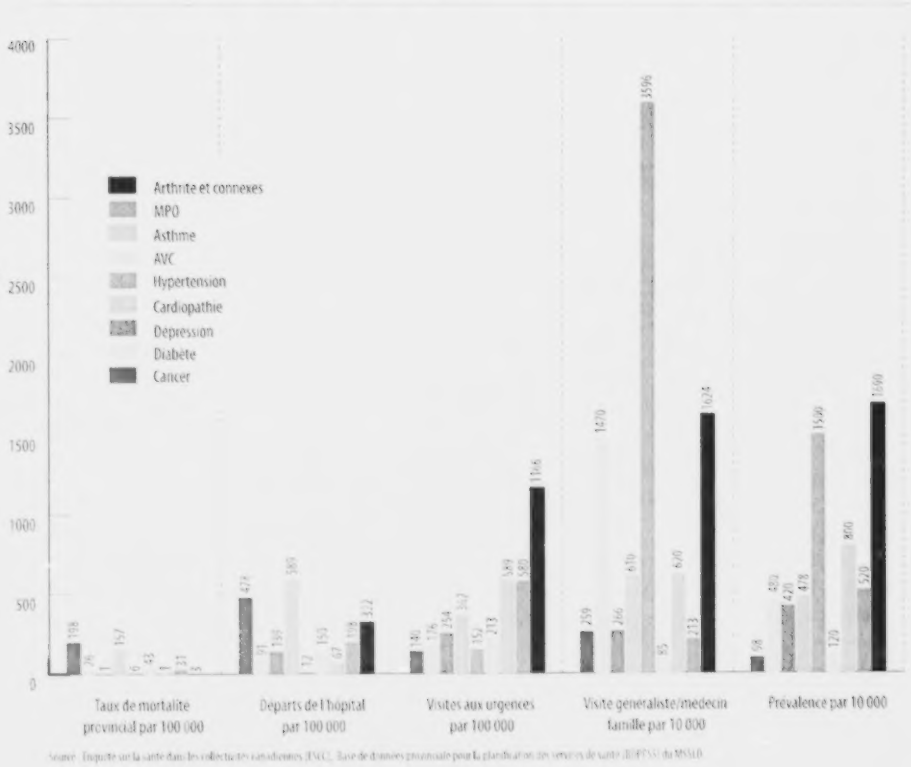
La prévalence est le pourcentage de cas d'une maladie ou d'un autre événement médical existant à un moment donné dans un endroit déterminé. La prévalence nous permet donc d'obtenir une mesure du fardeau que représente une maladie pour le système. La mesure des variations dans la prévalence des problèmes vasculaires et des facteurs de risque modifiables associés nous permet de mesurer les résultats obtenus au niveau de la population et du système dans nos efforts visant à réduire l'impact des maladies vasculaires de 10 % d'ici 2013.

En 2006, 36 % des résidents du RLISS du Centre-Est âgés de plus de 12 ans (soit environ 438 000 personnes) ont déclaré avoir l'une des maladies chroniques suivantes : cancer, diabète, cardiopathie, hypertension, AVC, asthme, maladie pulmonaire obstructive ou arthrite. Parmi ces personnes, plus du tiers avaient plus d'une maladie chronique (comorbidité). En outre, près de la moitié des personnes âgées de 65 ans ou plus avaient deux ou plusieurs de ces maladies.

Dans un récent sondage téléphonique réalisé par le RLISS du Centre-Est auprès des ménages, 67,9 % des répondants ont déclaré qu'un membre du ménage faisait de l'hypertension artérielle et 58,4 % qu'une personne avait un taux élevé de cholestérol.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) indique les variations dans la *prévalence des maladies chroniques et des facteurs de risque modifiables* dans notre RLISS et dans toute la province. Depuis 2007, l'ESCC est réalisé à tous les ans. Les données sur la prévalence seront donc disponibles sur une base plus fréquente.

Fardeau comparatif des maladies chroniques dans le RLISS CE



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Base de données provinciale pour la planification des services de santé (BDPSS) du MSSLD

Facteurs de risque modifiables pour les maladies vasculaires dans le RLISS du Centre-Est

Le saviez vous?

- 19,4 % des personnes de 12 ans et plus qui habitent sur le territoire du RLISS du Centre-Est font de l'**hypertension artérielle**. C'est le troisième taux le plus élevé dans la province. Neuf Canadiens sur dix souffriront d'hypertension artérielle au cours de leur vie.
- 34,7 % des personnes de 12 ans et plus qui habitent dans le RLISS du Centre-Est sont en **surpoids** et 14,4 % sont obèses.
- 18,5 % des personnes de 12 ans et plus qui habitent dans le RLISS du Centre-Est **fument** – une proportion semblable au taux de tabagisme national. 15 % des Canadiens âgés entre 15 et 19 ans fument.
- 52,9 % des personnes du RLISS âgées de 12 ans et plus sont **physiquement inactives** – au troisième rang dans la province en matière d'inactivité physique.
- 57,3 % des personnes de 12 ans et plus qui habitent dans le RLISS du Centre-Est **mangent moins de cinq portions de fruits et légumes** par jour.
- 85 % des Canadiens et 60 % des Canadiennes de 19 à 70 ans ont un apport de **sodium** plus élevé que le maximum recommandé.

Comment la réduction de l'impact des maladies vasculaires se conjugue-t-elle avec les priorités du ministère de la Santé et des Soins de longue durée?

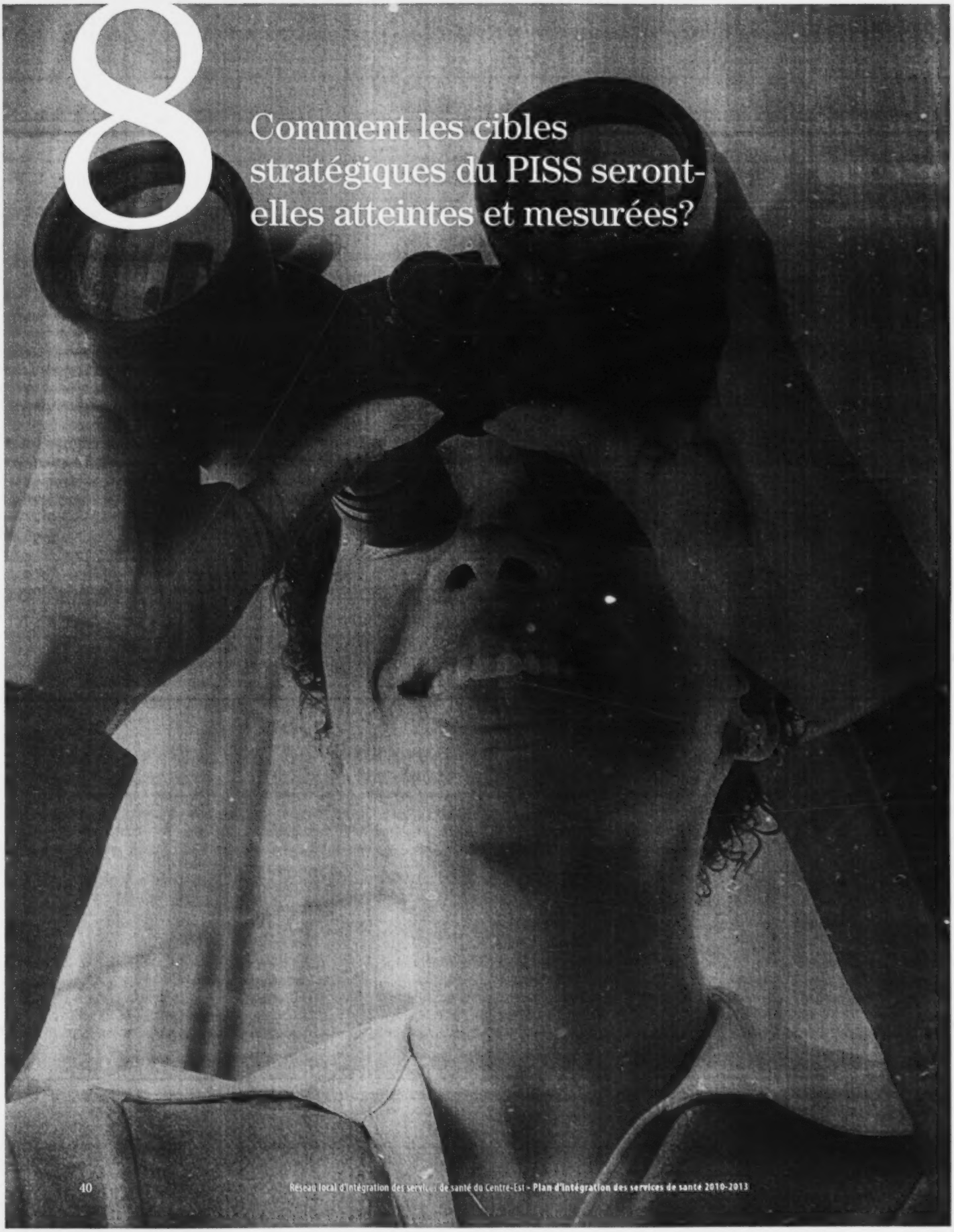
La réduction de l'impact des maladies vasculaires dans le RLISS du Centre-Est contribuera à réaliser les priorités du ministère de la Santé et des Soins de longue durée en matière de réduction des temps d'attente aux urgences, de réduction du nombre de jours d'attente pour accéder à un autre niveau de soin plus approprié (jours ANS) et d'amélioration de l'accès aux soins intégrés pour les diabétiques.

Dans le RLISS du Centre-Est, *les soins intégrés aux diabétiques* sont définis comme des soins qui :

- sont intégrés entre les soins primaires et les soins spécialisés (par ex. spécialistes, centres d'enseignement sur le diabète)
- tiennent compte des besoins de toute la personne incluant les maladies chroniques multiples et les mesures de soutien social
- sont un système coordonné à l'intérieur des trois ensembles géographiques de Scarborough, Durham et du Nord-Est et entre les trois ensembles.

Les stratégies de réduction de l'impact des maladies vasculaires permettront de mettre en place des soins intégrés à l'intention des personnes qui souffrent de diabète et d'autres maladies chroniques et auront des répercussions positives sur les activités hospitalières. Étant donné la concomitance fréquente du diabète avec d'autres maladies vasculaires chroniques, le RLISS du Centre-Est voit l'inclusion du diabète dans sa stratégie de santé vasculaire générale comme un moyen efficace et efficient de déployer les initiatives de soins primaires et les programmes de gestion et d'autogestion des maladies. Cette approche plus large devrait produire des effets positifs sur les autres services de santé financés par le RLISS – comme les programmes de traitement des maladies cardiaques, des maladies rénales chroniques, de la démence et des AVC.

8 Comment les cibles stratégiques du PISS seront-elles atteintes et mesurées?



Comment les cibles stratégiques du PISS seront-elles atteintes et mesurées?

Cette section présente les initiatives et actions particulières connues qui ont été ou qui seront entreprises par le RLISS et les fournisseurs de soins locaux en vue de réaliser les priorités du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ainsi que les cibles stratégiques du RLISS décrites dans ce PISS. Elle présente aussi des suggestions sur ce que les fournisseurs de soins, les partenaires des services sociaux et les individus peuvent faire pour nous aider à atteindre ces cibles.

Ressources mises en œuvre pour atteindre les cibles stratégiques

Pour atteindre ses cibles stratégiques, le RLISS du Centre-Est utilisera les fonds mis à sa disposition par le gouvernement de l'Ontario. Ces ressources sont liées aux stratégies du RLISS et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

- la stratégie Vieillir chez soi
- le Programme de financement axé sur les résultats des services des urgences
- le Fonds pour les initiatives prioritaires du RLISS CE
- le financement de cybersanté
- les autres sources de financement du Ministère dans le cadre de la Stratégie de lutte contre le diabète

Bien que le financement soit un élément important de l'atteinte de nos cibles stratégiques, c'est loin d'être le seul. Tous les secteurs du système de santé local devront faire preuve de leadership et d'esprit d'innovation afin de trouver des façons de contribuer directement ou indirectement à l'atteinte des cibles stratégiques au sein de leur propre organisme ou en partenariat avec d'autres.

En plus d'agir à titre d'intégrateur du système de santé, le RLISS du Centre-Est aidera les fournisseurs de services de santé et les autres organismes à atteindre ces cibles de plusieurs façons :

- en offrant des occasions d'apprentissage et d'échange de connaissances entre les secteurs et les régions par le biais d'activités de mobilisation communautaire, de partenariats de planification, de groupes de travail et d'équipes de projet
- en soutenant les initiatives au moyen d'information et de données basées sur des faits
- en encourageant la formation de coalitions entre organismes à tous les niveaux (gouvernance, gestion et soins de première ligne)
- en poursuivant la transmission de compétences de gestion de projets par les fournisseurs de soins de santé au moyen de mesures de formation et d'outils mis à leur disposition par le bureau de gestion des projets du RLISS du Centre-Est[22]
- en soutenant les activités d'intégration par des mesures de planification financière et des services, des outils d'intégration et des service d'expertise.

Stratégie d'exécution

Le RLISS du Centre-Est facilitera également l'atteinte des cibles stratégiques par la mise en œuvre d'une stratégie d'exécution au sein du RLISS et chez ses partenaires externes. Il

22 Site en anglais seulement.

convient de souligner que l'atteinte des cibles ne pourra se faire au moyen d'un seul projet. Pour obtenir du succès, nous devrons plutôt déployer de nombreux projets élaborés en fonction des besoins de segments particuliers de la population et de la capacité des fournisseurs de services de santé. La cible triple de l'IHI fournit non seulement un cadre pour la conception du système, mais aussi une stratégie d'exécution que le RLISS du Centre-Est a commencé à mettre en œuvre. Dans ce modèle, l'atteinte des cibles exige que plusieurs mesures soient prises :

- concevoir une structure qui soutient l'amélioration (par ex. appliquer les techniques et les outils de gestion de projet mis de l'avant par le bureau de gestion des projets du RLISS du Centre-Est)
- créer et soutenir des coalitions de fournisseurs de services de santé et d'autres organismes axées sur l'atteinte des cibles stratégiques
- élaborer un ensemble rationnel de projets en faveur des cibles stratégiques
- déployer les ressources nécessaires aux projets (financement, outils, connaissances, etc.)
- réaliser chacun des projets prévus
- procurer de la supervision, de l'apprentissage et de l'intégration.

Comment allons-nous atteindre la cible stratégique n° 1 et mesurer notre succès? Réduire de 1 000 000 le nombre d'heures passées par les patients dans les services des urgences du RLISS du Centre-Est d'ici 2013.

Programme de financement axé sur les résultats des services des urgences

Le Programme de financement axé sur les résultats est un programme financé par la province et administré par les RLISS qui est axé sur la durée des séjours dans les services des urgences et qui fournit des fonds aux hôpitaux et aux organismes communautaires pour permettre la mise en place de programmes et d'améliorations opérationnelles. Si chacun des six services des urgences désignés atteint les cibles de durée de séjour en 2009-2010, au total environ 442 000 heures seront épargnées dans les services des urgences du RLISS du Centre-Est.

Le RLISS du Centre-Est voit la réduction du temps passé dans les services des urgences dans un contexte global de gestion de l'ensemble du système de santé et s'emploie à apporter des améliorations à l'échelle du système. Par conséquent, afin d'éliminer un million d'heures-patients, le RLISS du Centre-Est a organisé son intervention en trois stratégies qui reflètent celles du ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

1. réduire la demande dans les services des urgences
2. améliorer la capacité et la performance des services des urgences
3. améliorer l'utilisation des lits dans les hôpitaux (par ex. ANS)

Sondage téléphonique du RLISS du Centre-Est – août 2009 (choix de réponses)

Comment votre plus récente visite dans un service des urgences aurait-elle pu être évitée?

En connaissant les autres options qui m'étaient offertes.....81 %

En étant mieux informé sur mon état de santé..... 39 %

Réduire la demande dans les services des urgences

Les visites dans les services des urgences effectuées par des patients qui ont des besoins non urgents ou moins urgents (ETG IV-V) sont parfois désignées comme des « visites évitables », quand les soins nécessaires auraient pu être retardés ou quand il aurait été possible de rediriger le patient vers un autre service du système de santé. La réduction du nombre de cas évitables qui se rendent aux services des urgences permettra aux équipes des urgences de donner plus rapidement des soins de meilleure qualité aux patients qui ne représentent pas des cas « évitables ». Dans l'ensemble, les résidents du RLISS du Centre-Est passeront moins de temps dans un service des urgences car les patients dont l'état ne requiert pas une visite aux urgences seront traités à l'extérieur de l'hôpital.

Réduction de la demande dans les services des urgences

Partenaires

Hôpitaux / foyers de soins de longue durée / centres d'accès aux soins communautaires / organismes communautaires d'intervention en santé mentale et en dépendances / fournisseurs de logements avec services de soutien / organismes de soutien communautaire / services de police / fournisseurs de soins primaires / centres de santé communautaire / centres de soins d'urgence / individus, familles et soignants

Stratégies

- offrir des options de logement et de soins à l'extérieur du milieu hospitalier
- améliorer l'accès aux soins primaires
- prévenir, identifier, évaluer, traiter et gérer les problèmes de santé dans d'autres établissements
- mieux faire connaître et utiliser les services de soins disponibles dans la collectivité
- augmenter la capacité des organismes communautaires et des services de soutien
- habiliter les patients à gérer eux-mêmes leur maladie chronique

Projets

- programmes d'aide communautaire en situation d'urgence pour les clients ayant une maladie mentale
- logements avec services de soutien pour personnes à risque
- appui du développement par le ministère de modèles de soins primaires et de soins d'urgence
- infirmières praticiennes pour soins de longue durée
- évaluation gériatrique complète en milieu communautaire
- ressources d'autogestion
- rapprochement patients-ressources et formation pour aider les clients à trouver d'autres options
- autres projets

Indicateur de performance

- taux de visites aux services des urgences par 1000 résidents
- taux de visites aux services des urgences qui pourraient être dirigées ailleurs
- nombre d'heures d'attente éliminées/détournées des services des urgences

La Coalition pour éviter les services des urgences du RLISS du Centre-Est regroupe des fournisseurs de services hospitaliers et communautaires, y compris des services communautaires d'aide immédiate en santé mentale. Avec la création de cette coalition, les fournisseurs de services de santé ont pu gérer avec succès un client souffrant de maladie mentale qui avait visité le service des urgences d'un hôpital 83 fois à l'intérieur d'une période de cinq mois. Le client a été aidé à réintégrer la collectivité.

Améliorer la capacité et la performance des services des urgences

Les initiatives qui améliorent la capacité et le rendement des services des urgences contribueront à l'atteinte de la cible d'un million d'heures en facilitant le mouvement efficace des patients dans l'hôpital. « L'amélioration des processus de triage et d'admission et la réduction des temps de déchargement des ambulances amélioreront le roulement et la capacité dans les services des urgences et permettront aux équipes d'urgentologie d'offrir de meilleurs soins. »[23]

D'avril 2008 à mars 2009, les patients du RLISS CE ont passé environ 2,6 millions d'heures dans les urgences, dont plus de 650 000 heures par des patients ÉTG IV et V.

Amélioration de la capacité et de la performance des services des urgences

Partenaires

Hôpitaux / centres d'accès aux soins communautaires / services de gestion des urgences / équipes d'intervention en santé mentale / cybersanté

Stratégies

Les initiatives visant la capacité et la performance des services des urgences sont axées sur l'hôpital et tendent à porter sur des pratiques administratives et cliniques comme :

- améliorer le mouvement des patients et l'efficacité des pratiques de soins
- ajouter de l'équipement
- améliorer l'accès aux diagnostics
- utiliser des mesures de soutien/du personnel auxiliaires
- utiliser la cybersanté pour améliorer le mouvement et l'orientation des patients

Projets

- infirmières de gestion des urgences gériatriques dans le service des urgences
- programmes d'amélioration des procédés comme les principes LEAN et le partenariat
- gestion de cas par le CASC dans le service des urgences
- unités d'évaluation rapide et unités de décision clinique
- ressources humaines supplémentaires avec le Programme de financement axé sur les résultats
- triage et évaluation et soutien d'urgence pour les malades mentaux dans le service des urgences
- projets de cybersanté comme le guichet d'auto-enregistrement des urgences, la notification client SU/CASC et le profil des médicaments
- autres

Indicateur de performance

- proportion des patients admis traités à l'intérieur de la durée de séjour cible de <= 8 heures (ER-MR)
- proportion des patients non admis en situation d'urgence élevée (ÉTG I-III) traités à l'intérieur de leurs cibles respectives de <= 8 heures pour ÉTG I-II et <= 6 heures pour ÉTG III (ER-MR)
- proportion des patients non admis en situation d'urgence faible (ÉTG IV et V) traités à l'intérieur de la durée de séjour cible de <= 4 heures
- nombre d'heures d'attente éliminées (provenant des cibles qui précèdent)

« Nous voulons mettre en place la norme LEAN d'utilisation parcimonieuse des ressources et les principes de gestion globale, et non pas nous contenter d'appliquer une technique d'amélioration des processus. La transformation se produit à la grandeur de notre organisation. 41 des 44 services de l'hôpital ont participé aux activités LEAN. » (Hôpital du RLISS CE, août 2009)

23 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ED/ALC Quarterly Stocktake Report.

Améliorer l'utilisation des lits d'hôpitaux

L'utilisation plus judicieuse des lits d'hôpitaux accélère le mouvement des patients dans l'hôpital et permet de maximiser la capacité de l'hôpital[24].

Amélioration de l'utilisation des lits d'hôpital

Partenaires

Hôpitaux / centres d'accès aux soins communautaires / services de gestion des urgences / équipes d'intervention en santé mentale / cybersanté

Stratégies

- optimiser la durée du passage des patients dans des lits de soins actifs, en respect des normes de soins correspondant à l'état du patient
- répartition appropriée des types de lits et des services à l'intérieur des hôpitaux et entre hôpitaux en fonction des besoins de la population de patients de façon à assurer que les bons soins sont données au bon endroit au bon moment
- réduire les ANS en fournissant des mesures de soutien communautaire et des options de placement fondées sur les besoins de la population
- utiliser la cybersanté pour améliorer le mouvement et l'orientation des patients

Projets

- mise en place du réseau de soins actifs unique afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés entre les hôpitaux
- fournir des services de logement avec soutien comme options de rechange aux soins de longue durée
- fournir des options de soins de transition à l'extérieur de l'hôpital
- promouvoir et appuyer les initiatives de facilitation des ainés dans l'hôpital telle l'activation des patients
- améliorer la planification et la coordination des mises en congé entre les hôpitaux et les services communautaires
- appuyer les initiatives de transport vers la maison et vers d'autres fournisseurs de soins
- personnaliser les plans de soins pour soutenir les transitions sécuritaires (service enveloppant pour les aînés)
- utiliser la cybersanté pour améliorer la mise en congé, la notification de l'équipe de soins primaires du patient, l'orientation et le rapprochement patient-ressources pour accélérer le mouvement des patients vers le prochain point de soins
- autres

Indicateur de performance

- pourcentage de jours ANS (ER-MR)
- expérience du patient (à déterminer)
- taux d'hospitalisation pour les troubles pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier

24 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ED/ALC Quarterly Stocktake Report.

Comment allons-nous mesurer le succès de la cible de réduction des heures dans les services des urgences?

Le succès sera mesuré selon les cibles fixées par le gouvernement en matière de temps d'attente dans les services des urgences. Ces cibles ont été insérées dans les ententes sur la responsabilisation ministère-RLISS à titre de mesures de la performance :

1. Pourcentage des jours dans d'autres niveaux de soins (ANS) – par RLISS ou établissement
2. Proportion des patients admis traités à l'intérieur de la durée de séjour cible de <= 8 heures
3. Proportion des patients non admis en situation d'urgence élevée (ÉTG I-III) traités à l'intérieur de leurs cibles respectives de <= 8 heures pour les cas ÉTG I-II et <= 6 heures pour les cas ÉTG III
4. Proportion des patients non admis en situation d'urgence faible (ÉTG IV et V) traités à l'intérieur de la durée de séjour cible de <= 4 heures

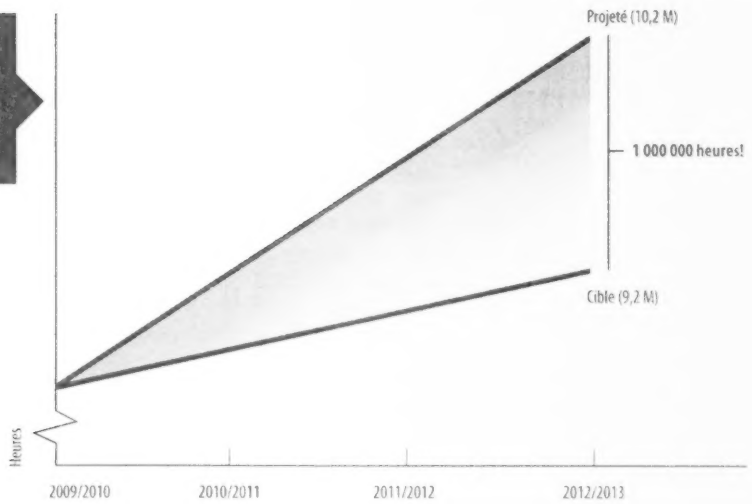
Dans un souci de regroupement de ces différentes cibles, le RLISS du Centre-Est a décidé de fixer une cible globale de réduction d'un million d'heures passées dans les services des urgences, pour différentes raisons :

- La cible globale incite l'ensemble du système de santé à se mobiliser pour participer à la stratégie. Le temps passé dans un service des urgences est comptabilisé à l'hôpital, mais plusieurs autres secteurs du système de santé peuvent apporter une contribution directe ou indirecte.
- La cible fournit une mission claire et facilement assimilable pour tous les partenaires du système.
- La cible est exprimée en termes concrets et elle encourage le personnel de première ligne à contribuer directement en nombre d'heures économisées.
- Le fait de demander à un service des urgences de réduire le temps passé dans le service sans prendre soin de répondre aux demandes de ce service pourrait produire un effet contraire car les urgences sont perçues comme une solution de rechange aux options communautaires et de soins primaires plus appropriées et moins coûteuses.
- La cible est exprimée et mesurée en termes compatibles avec la cible triple – améliorer la santé de la population, l'expérience du patient et le rapport coût-performance.

Afin de mesurer notre cible visant à réduire d'un million d'heures le temps passé par les patients dans les services des urgences d'ici 2013, nous avons fait des projections relativement au nombre d'heures que les patients auraient passé aux services des urgences de notre RLISS entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2013 si les tendances actuelles s'étaient maintenues. En prenant comme point de départ le nombre d'heures de l'exercice 2008-2009 et en tenant compte des projections démographiques du RLISS sur cette période de quatre ans, nous estimons qu'il y aurait eu au total environ 10,2 millions d'heures passées dans les services des urgence du RLISS du Centre-Est. Nous soustrayons un million de ce chiffre pour arriver au nombre d'heures cibles pour la période : 9,2 millions.

Mesurer notre cible – Réduire de 1 000 000 le nombre d'heures passées par les patients dans les services des urgences du RLISS du Centre-Est d'ici 2013

Le 31 mars 2013, si nous avons atteint notre cible, nous n'aurons pas dépassé 9 206 454 heures passées dans les services des urgences.



Nous réévaluerons ce chiffre chaque année à mesure que nous recevrons de l'information sur les changements démographiques et d'autres facteurs externes. Tout changement substantiel dans les données qui ont servi au calcul initial du chiffre cible sera incorporé, ce qui pourrait faire varier le chiffre cible au cours de la période de mesure de quatre années.

Comment allons-nous atteindre la cible stratégique n° 2 et mesurer notre succès?
Réduire de 10 % l'impact des maladies vasculaires dans le RLISS du Centre-Est d'ici 2013.
Nos gènes, notre environnement physique et social, nos choix de vie quotidiens, nos comportements ont tous une incidence sur notre risque d'avoir une maladie vasculaire. La connaissance de nos facteurs de risque génétiques et le fait d'agir sur les risques modifiables contribueront à réduire l'impact des maladies vasculaires; mais le fait de connaître les facteurs de risque et d'agir sur ceux-ci ne suffit pas.

Il faut aussi que les individus et les fournisseurs de soins de santé gèrent de façon efficace et efficiente les maladies vasculaires. La capacité de déceler les maladies vasculaires à un stade précoce, de ralentir la progression de la maladie, d'éviter les complications, de traiter les manifestations aiguës et de fournir du soutien pendant la convalescence ou la réadaptation contribuent tous à réduire l'impact des maladies vasculaires.

En informant la population, en réduisant l'exposition aux facteurs de risque, en décelant la maladie rapidement, en la gérant de façon efficace (traitements) et en soutenant l'autogestion par les patients et par les soignants de leur entourage, on pourra améliorer la santé de la population, réduire les coûts des soins et améliorer l'expérience des patients et des soignants.

Agir le long du continuum de soins dans la collectivité et dans les hôpitaux

Le continuum de soins vasculaires est semblable à celui des autres maladies chroniques. Les soins et les mesures de soutien peuvent provenir de différents endroits : le domicile, la collectivité et l'hôpital. Souvent si les soins ne sont pas gérés de façon efficace et efficiente à l'extérieur de l'hôpital, des complications se produisent, la maladie progresse et le malade doit alors être hospitalisé. Les individus, leurs familles, leurs amis et les fournisseurs de soins jouent un rôle important à tous les points du continuum. Il est possible de réduire l'impact des maladies vasculaires à toutes les étapes du continuum et à différents niveaux; on peut améliorer l'état de santé du patient tout en réduisant les coûts de prestation des soins et les temps d'attente pour obtenir un service. La réduction des impacts ne se limite pas à l'extrémité prévention du continuum.

Fixer et tenter de réaliser des objectifs concrets d'amélioration

Les individus, les soignants, les cliniciens, les organismes de prestation de services de santé doivent individuellement et collectivement définir et mettre en œuvre des stratégies aux niveaux de la personne, de l'organisme, de la clinique ou du cabinet visant à réduire l'impact des maladies vasculaires.

Exemples d'objectifs concrets :

- Accroître de 10 % en six mois le nombre de dépistages de maladies vasculaires et de ses facteurs de risque
- Accroître de 10 % au cours de la prochaine année le nombre de patients qui participent à une réadaptation ou à des activités cardiopulmonaires
- Améliorer de 10 % la glycémie de 10 % des clients d'ici 9 mois

Améliorer le bilan de santé des patients : détection précoce et traitement selon les cibles de pratiques exemplaires

Le patient et le clinicien obtiendront les meilleurs résultats en détectant et en gérant activement la situation, en application des cibles de pratiques exemplaires, pour les indicateurs suivants :

- tension artérielle, lipides sanguins, glycémie [cibles biophysiques]
- activité physique, alimentation saine et non-tabagisme [objectifs comportementaux]

Il est possible d'améliorer les bilans de santé personnels et d'utiliser plus efficacement les services de santé en aidant les gens à déterminer leur état de santé et à identifier leurs facteurs de risque, à comprendre leurs cibles de santé facultatives, à se fixer des objectifs de santé réalistes et à travailler en partenariat avec leur équipe de soins en vue d'accroître leur confiance et d'atteindre plus facilement leurs objectifs biophysiques et comportementaux.

Les soins interdisciplinaires qui favorisent les pratiques de traitement exemplaires, la prévention des maladies, la réduction des incidents négatifs, des complications et des chirurgies amélioreront la santé de la population et la qualité de vie des citoyens, réduiront les coûts pour le système de santé et sauveront des vies.

Développer la confiance et les compétences des consommateurs et des soignants afin de leur permettre de réduire leurs risques et de gérer efficacement leur maladie vasculaire

On estime que les personnes ayant une maladie chronique passent environ 12 heures par année avec leur fournisseur de soins – par conséquent, 364,5 jours par année ce sont les consommateurs et les soignants de leur entourage qui prennent en charge la gestion de la maladie vasculaire et de leurs autres maladies chroniques.

L'entraînement à l'autogestion permet aux consommateurs et aux soignants d'acquérir compétences et confiance dans la gestion des maladies chroniques. L'entraînement à l'autogestion et le développement de la confiance des consommateurs et des soignants est efficace quand les fournisseurs de services de santé ont les compétences et les outils (soutien à l'autogestion) pour permettre à leurs clients de gérer efficacement leur maladie.

La Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire – plan d'action pour atteindre notre objectif

La Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire – Plan d'action (SCSC-PA 2009) a été mise sur pied afin de réduire le fardeau grandissant et les pertes toujours plus nomt reuses imputables aux maladies vasculaires au Canada. La Stratégie donne des éléments d'orientation au client, au clinicien et au fournisseur de services de santé et propose des stratégies concrètes en vue de réduire l'impact des maladies vasculaires sur les personnes et sur le système de santé. La SCSC reconnaît l'importance de prévenir toutes les maladies vasculaires quel que soit l'organe touché. Pour obtenir plus d'information sur la SCSC, aller à www.chhs-scsc.ca

Stratégie du RLISS du Centre-Est pour réduire l'impact des maladies vasculaires

Dans le cadre du continuum de la prévention et du traitement des maladies chroniques, voici les partenariats, stratégies et initiatives connues qui nous aideront à atteindre cette cible stratégique.

Prévention et soins primaires

Partenaires

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée / bureaux de santé publique / ministère de la Promotion de la santé / services de soins primaires / centres de santé communautaire / services de soutien communautaire / programmes pour patients sans médecin / hôpitaux / services en santé mentale et dépendances / communautés autochtones et cercle consultatif sur la santé / individus, familles, soignants

Stratégies

- prévention et dépistage précoce des maladies vasculaires
- soutenir l'expansion des soins primaires avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée
- réduire le nombre de clients sans médecin de soins primaires et/ou fournir dépistage, évaluation et orientation
- faire appel aux autres ministères et aux partenaires de l'industrie pour promouvoir les modes de vie sains
- dépistage des maladies métaboliques pour les personnes qui entrent dans les programmes communautaires en santé mentale et dépendances ou un service d'hospitalisation active ou tertiaire afin d'identifier les diabétiques et les personnes à risque de développer le diabète
- collaborer avec les communautés autochtones pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie complète de dépistage, d'évaluation et de gestion des maladies vasculaires incluant les maladies rénales chroniques, le syndrome métabolique et le diabète

Projets

- mise au point de pratiques exemplaires/prometteuses de prévention, de dépistage précoce et de gestion des maladies rénales chroniques
- évaluation, triage et orientation des patients sans médecin pour déceler les maladies asymptomatiques et orienter les patients vers les ressources communautaires ou spécialisées
- faire appel au programme de dépistage des maladies métaboliques de l'Ontario pour améliorer les capacités des centres et programmes d'enseignement sur le diabète en soutien des personnes ayant une maladie mentale ou une dépendance
- autres

Soins actifs

Partenaires

Fournisseurs de soins primaires / hôpitaux / services de gestion des urgences / ministère de la Santé et des Soins de longue durée / autres RLISS / Action Cancer Ontario

Stratégies

poursuivre l'implantation du réseau unique de soins actifs pour améliorer l'accès équitable et en temps opportun à un système hospitalier intégré qui fournit des soins de la plus haute qualité dans l'ensemble du RLISS du Centre-Est

Projects

- amélioration et intégration des programmes cardiaques et vasculaires régionaux dans le RLISS du Centre-Est
- poursuivre l'implantation d'un système AVC unifié qui aura un accès amélioré au soutien téléAVC sur appel pour les hôpitaux régionaux et plus de facilité à accéder au centre AVC de district amélioré et au centre AVC régional/tertiaire pour les résidents du RLISS
- poursuivre l'implantation du réseau rénal du RLISS CE pour promouvoir les pratiques exemplaires, les déclarations communes et les soins liés aux transplantations d'organes
- autres

Prévention secondaire de la progression de la maladie et des incidents négatifs

Partenaires

Hôpitaux / centres d'accès aux soins communautaires / services de soutien communautaire / fournisseurs de soins primaires / fournisseurs de services de réadaptation / associations industrielles et de maladies chroniques / individus, familles et soignants

Stratégies

- soutenir les consommateurs et les soignants pour qu'ils gèrent efficacement leurs maladies chroniques en partenariat avec leur équipe de soins
- améliorer l'accès et la coordination des soins en créant des équipes et partenariats/coalitions de soins multidisciplinaires entre les organismes communautaires, les hôpitaux, les pharmacies, les fournisseurs de soins primaires et spécialisés, les professionnels de la santé et les fournisseurs communautaires de services connexes comme l'enseignement, les services sociaux et les entreprises privées
- améliorer le soutien dans les milieux communautaires et de soins primaires pour éviter les visites dans les services des urgences qui sont évitables, non urgentes ou moins urgentes pour les maladies vasculaires, y compris les visites aux urgences liées à la réalisation de tests de routine
- réduire le nombre d'hospitalisations et de rehospitalisations pour des complications vasculaires qui pourraient être traitées efficacement dans un établissement communautaire ou de soins primaires

Projets

- création d'un programme de réadaptation cardiovasculaire intégré pour l'ensemble du RLISS
- poursuite des occasions d'enseignement de l'autogestion pour les consommateurs et les soignants et amélioration de la capacité de suivi
- élaboration de trousses d'outils de soutien à l'autogestion pour permettre aux cliniciens/fournisseurs de soins d'aider leurs clients à gérer eux-mêmes leurs maladies chroniques
- surveiller, tester et diffuser l'initiative complète de gestion et de prévention des maladies vasculaires de Peterborough
- examiner les recommandations applicables du rapport sur les services de réadaptation du RLISS CE et poursuivre les occasions d'intégration
- autres

Politiques et conception du système

Partenaires

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée / cybersanté / hôpitaux / centres d'accès aux soins communautaires / services de soutien communautaire / fournisseurs de soins / individus, familles et soignants

Stratégies

- soutenir l'implantation locale de la Stratégie de lutte contre le diabète du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en particulier par la coordination régionale des programmes de lutte contre le diabète
- continuer d'améliorer les services afin d'augmenter à 50 % la proportion de diabétiques bénéficiant de soins primaires et de ressources spécialisées comme les centres de renseignements sur le diabète
- poursuivre les stratégies de cybersanté qui facilitent l'intégration des soins cliniques, l'autogestion et l'évaluation de la performance de gestion des maladies chroniques
- accroître la capacité des consommateurs, des soignants et des cliniciens à appliquer les pratiques de soins exemplaires et atteindre les cibles de santé recommandées
- amélioration de l'intégration, de la coordination et de la constance des services dans l'ensemble du RLISS CE

Projets

- continuer à distribuer le guide de ressources sur le diabète et élaborer des outils complémentaires pour continuer à soutenir l'acquisition de pratiques exemplaires et l'autogestion des maladies
- améliorer la coordination et la constance du système de prestation des services aux diabétiques dans l'ensemble du RLISS CE
- intégration des projets de cybersanté qui donnent une image complète du dossier du patient (par ex. consolidation HIS); soutien de la prévention (cyberapprentissage, portail web); gestion de maladies (par ex. projet pilote d'indicateur de diabète) et soutien des mesures (par ex. normalisation de la documentation clinique)
- autres

Comment allons-nous mesurer le succès de la cible de réduction des maladies vasculaires?

Différents indicateurs peuvent être pris en compte pour évaluer l'impact des maladies vasculaires sur les personnes et sur le système de santé. Pour améliorer la qualité, les indicateurs qui portent sur les dimensions de la cible triple (les coûts, la santé de la population et l'expérience du patient) doivent être choisis et favorisés.

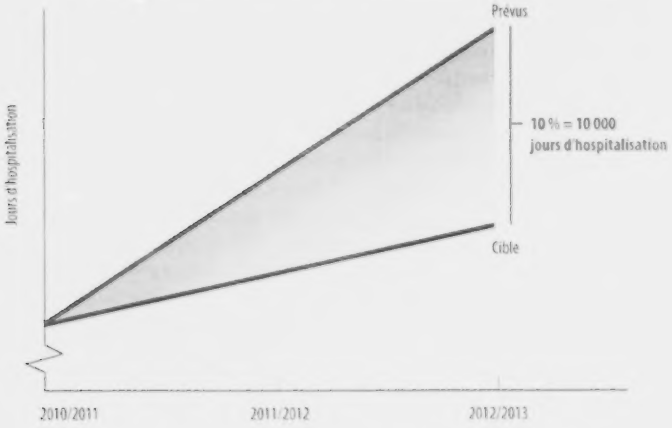
À titre de mesure indirecte du succès de nos stratégies collectives, nous espérons réduire l'utilisation des services hospitaliers tels que mesurés par les jours d'hospitalisation (y compris les jours d'ANS et de soins actifs) de 10 % d'ici la fin de 2013.

En 2008-2009, les résidents du RLISS du Centre-Est ont passé au total 98 456 jours à l'hôpital en raison d'une maladie vasculaire. Les projections démographiques indiquent que la progression du nombre de jours-patients liés aux maladies vasculaires devrait suivre cette courbe :

- 100 936 jours-patients en 2009-2010
- 103 357 jours-patients en 2010-2011
- 105 586 jours-patients en 2011-2012
- 108 538 jours-patients en 2012-2013

En utilisant l'exercice 2008-2009 en guise d'année de référence sur laquelle la réduction de 10 % est calculée, notre cible collective consiste à réduire de 10 000 au total le nombre de jours d'hospitalisation liés aux maladies vasculaires d'ici 2012-2013[25]. Cette réduction sera un indicateur systémique de notre cible stratégique de réduction du fardeau des maladies vasculaires de 10 % d'ici 2013. D'autres indicateurs seront inclus à l'avenir dans le cadre de la Stratégie de lutte contre le diabète.

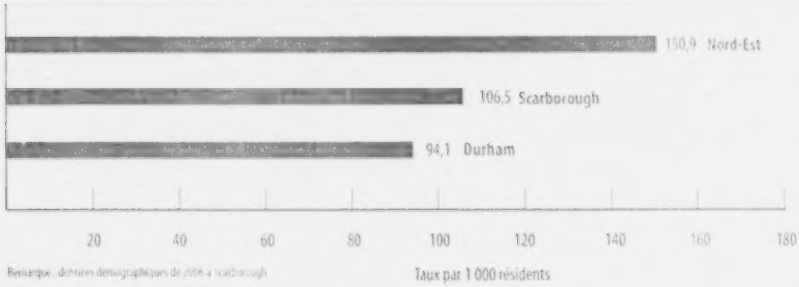
Mesure de notre cible – réduire l'impact des maladies vasculaires de 10 % d'ici 2013.



Il se peut que cette cible et la performance correspondante ne soient pas atteintes uniformément à la grandeur du RLISS du Centre-Est. Nous devrons tenir compte des inégalités dans les bilans de santé et dans l'utilisation des soins de santé entre nos populations prioritaires et les trois grands ensembles du RLISS.

Le tableau qui suit compare le taux de jours passés à l'hôpital en relation avec les maladies vasculaires par les résidents du RLISS CE selon leur lieu de résidence. Le taux est calculé en tant que jours passés à l'hôpital par 1 000 résidents dans chaque ensemble. On constate que les résidents de l'ensemble Nord-Est ont passé plus de temps à l'hôpital pour des maladies vasculaires par 1 000 habitants que dans les autres ensembles du RLISS.

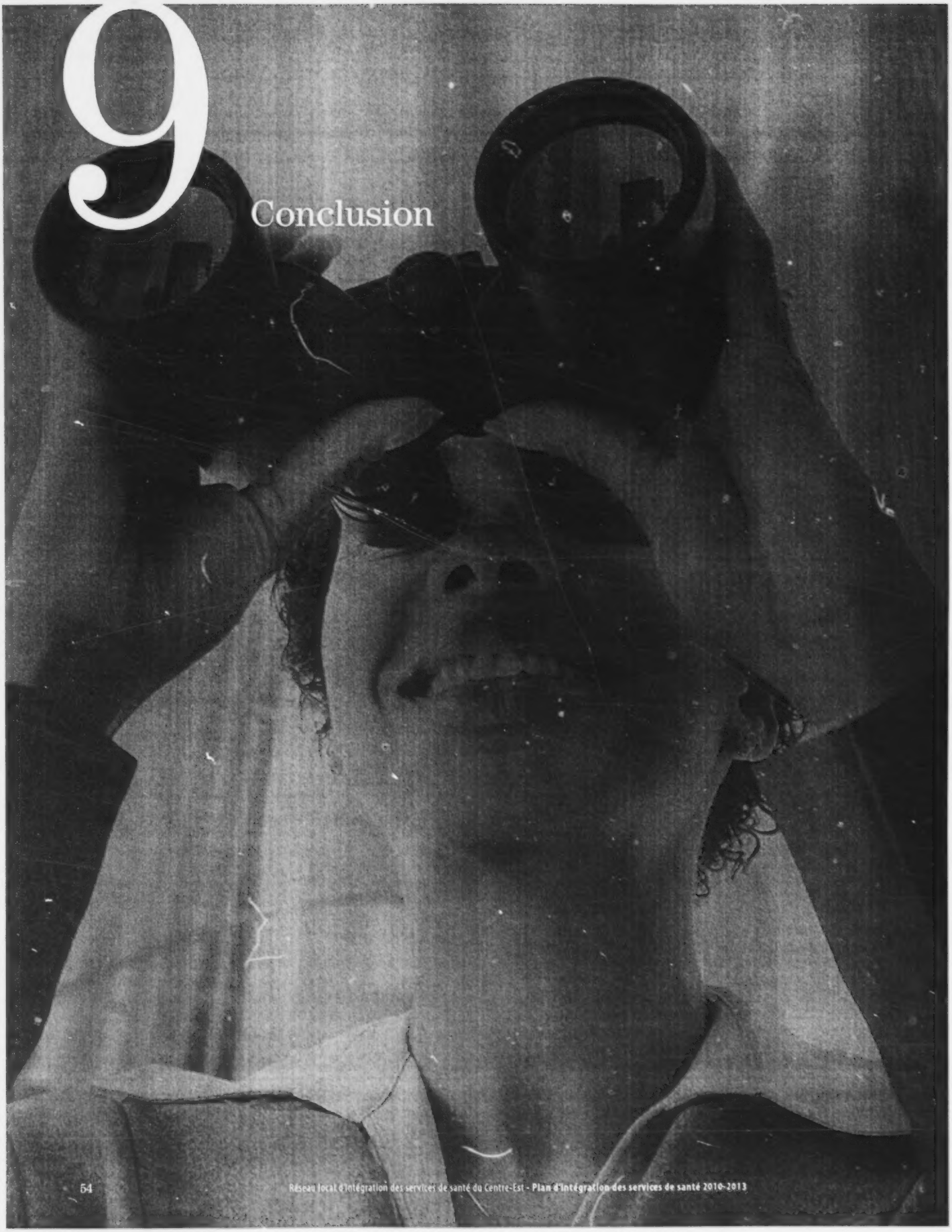
Taux d'hospitalisation pour maladie par 1 000 résidents (2008-2009)



Remarque : données démographiques de 2006 à Scarborough

25 98 456 x 10 % = 9 846 jours, nombre arrondi à 10 000.

9 Conclusion



Conclusion

Nous sommes maintenant arrivés à la conclusion de ce plan. Nous pouvons maintenant boucler la Carte stratégique du Plan d'intégration des services de santé 2010-2013. La carte stratégique du PISS 2010-2013 donne une représentation visuelle du momentum le long duquel nous nous déplaçons collectivement, à partir du point de départ représenté par les orientations stratégiques du RLISS jusqu'au travail avec nos populations prioritaires en vue d'atteindre nos cibles stratégiques. La réalisation de ces cibles stratégiques sera mesurée et évaluée à l'aide du cadre de la cible triple et des attributs d'un système de santé très performant. Nos accomplissements s'appuieront sur des aides, des outils et des procédés essentiels. En suivant cette carte stratégique, nous réalisons la vision *Des collectivités mobilisés. Des collectivités en santé.*

Carte stratégique du Plan d'intégration des services de santé 2010-2013

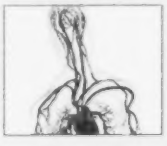
Orientations stratégiques CA du RISS

- Leadership de renouvellement
- Qualité et sécurité
- Intégration des services et du système
- Responsabilité financière

Cibles stratégiques

1. Réduire de 1 million les heures passées dans les urgences

2. Réduire l'impact des maladies vasculaires



Santé de la population
- Axé sur la santé de la population
- Équité

Expérience du patient
- Intégré
- Accessible
- Centré sur la personne
- Efficace
- Sécuritaire

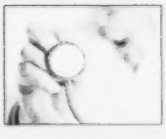
Contrôle des coûts
- Efficient
- Appuyé par des ressources appropriées

OHQC

Vision CA du RISS

Des collectivités mobilisées.

Des collectivités en santé.



Moyens à mettre en œuvre
- Cybersanté
- Soins de santé primaires

Outils
- Mobilisation communautaire
- Intégration
- Planification du système
- Financement et responsabilisation

Approches
- Cible triple et amélioration de la qualité
- Gestion de la performance
- Gestion de projet

S'appuyant sur les connaissances acquises et les leçons apprises de nos succès comme des échecs que nous avons connus au cours des trois dernières années, le Plan d'intégration des services de santé 2010-2013 du RLISS du Centre-Est nous permettra, du moins l'espérons-nous, d'atteindre deux cibles stratégiques qui faciliteront grandement la réalisation de la vision et des orientations stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et du RLISS du Centre-Est. Surtout, ces cibles amélioreront la santé de la population.

l'expérience du patient et le rapport coût-performance du système pour vous, votre collectivité et votre système de santé.

Bien que nous puissions sous-estimer l'impact que les défis économiques actuels auront sur notre système de santé et sur nos collectivités, il est temps pour nous de fixer clairement nos priorités et nos cibles. Ce PISS définit clairement les cibles et établit des quantités et des échéances, qui ont été validées par le public.

À titre d'intégrateur du système de santé local, nous avons assumé la responsabilité d'atteindre la « cible triple » en nous engageant à prendre des mesures à l'échelle de notre système de santé, à travailler étroitement avec les services de soins primaires et en établissant le dialogue avec d'autres organisations et les services sociaux dans le but d'atteindre nos cibles stratégiques. Telle est la valeur ajoutée que les RLISS ont apporté et continueront d'apporter au paysage ontarien des soins de santé.

Non seulement nos cibles stratégiques exigent la mobilisation de nos fournisseurs de services de santé – des conseils d'administration jusqu'aux professionnels de première ligne – elles font aussi appel à la participation des patients, des familles et des collectivités.

Les solutions doivent débuter et se terminer avec l'expérience du patient et elles doivent tirer profit de l'engagement des clients dans la mesure où ils peuvent améliorer eux-mêmes leur santé et répondre à leurs propres besoins. Tous et chacun peuvent apporter directement leur contribution à l'atteinte de ces objectifs et nous voulons entendre vos expériences relativement à ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas et aux changements que vous mettez en place pour atteindre ces objectifs.

Nous espérons que vous estimerez avec nous que le Plan d'intégration des services de santé 2010-2013 marque un pas important vers la réalisation de la vision du RLISS du Centre-Est : *Des collectivités mobilisées. Des collectivités en santé.*

Continuez à consulter le site Web du RLISS de du Centre-Est à www.centraleastlhin.on.ca ou communiquez avec nous au 1 866 804-5446 pour savoir comment nous pouvons atteindre nos cibles stratégiques.

Harwood Plaza
314, avenue Hardwood Sud, bureau 204A
Ajax (Ontario) L1S 2J1
Tél. : 905 427-5497 . Téléc. : 905 427-9659
Sans frais : 1 866 804-5446
www.centraleastlhin.on.ca

Ontario
Réseau local d'intégration des services de santé